

Skjønnsutøver eller utfører?

*En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres
muligheter for skjønnsutøvelse i en
samhandlingsprosess.*

Av Jorunn Aas Handeland



Masteroppgave i Helsefagvitenskap,
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag,
Medisinsk fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Mai, 2012

Skjønnsutøver eller utfører?

En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres
muligheter for skjønnsutøvelse i en
samhandlingsprosess.

Problemstilling:

*Hvordan utøver sykepleiere i sykehus sitt faglige skjønn, og hvilket
handlingsrom har de når pasienter skal overføres fra sykehus til kommunalt
helse- og omsorgstilbud?*

Av Jorunn Aas Handeland

© Jorunn Aas Handeland

2012

Skjønnsutøver eller utfører?

Jorunn Aas Handeland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag.

Formålet med prosjektet har vært å få kunnskap om sykepleieres muligheter til å bruke skjønn i samhandlingsprosessen der pasienter skal overføres fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester. Jeg har søkt å gi et bilde av normative premisser sykepleiere forventes å etterleve, av konflikter de opplever og hvordan konfliktene kan håndteres.

Teoretisk forankring springer ut fra skjønnsbegrepet, som bruk av faglig dømmekraft og som anvendelse av kunnskap og vurderingsevne. Rettsfilosofen Dworkins beskrivelse av skjønn som et handlingsrom gitt av standarder, og omsorgsfilosofen Martinsens beskrivelse av skjønnets forutsetninger, anvendes som teoretiske redskaper.

Metode: Det empiriske materialet er innsamlet gjennom seks kvalitative dybdeintervjuer og ett fokusgruppeintervju med sykepleiere.

Resultater: Sykepleierne følges gjennom samhandlingsprosessen. Ved å samle og vurdere kompleks informasjon danner sykepleierne seg en forståelse av hvilken bistand pasienten vil trenge. Sykepleierne forsøker å sikre at pasienten skrives ut til denne bistanden. Mange sykepleiere vektlegger psykososial og funksjonsrettet informasjon. Sykepleierne kan oppleve konflikter dersom de samtidig forventes å etterleve motstridende normative premisser, eller dersom de må gjennomføre beslutninger de er uenige i.

Konklusjon: Handlingsrommet sykepleierne står i beskrives som todelt. I handlingsrommet er det et spenningsforhold mellom profesjonelle, faglige standarder og politiske, administrative standarder. Sykepleieren står i konflikt mellom å skulle fylle en profesjonell rolle som tillater individuelle hensyn, tid og omsorg, og en utførerrolle som vektlegger likhet, effektivitet og system. Kreftene som trekker mot utførerrollen og systemkravene fremstår som betydelige. Skjønnets forutsetninger har vekslende vilkår i handlingsrommet, og sykepleiernes ansvarsområde påvirkes av spenningsforholdet.

Abstracts.

Purpose: The main purpose has been to gain knowledge on what possibilities nurses have to use discretion and assessment in the process where patients are transferred from hospitals to the primary health care services. I have described some normative guidelines and premises that nurses are expected to follow, conflicts of interests, and how conflicts are handled.

Theoretical framework: is based on the terms discretion and assesment, understood as the use of jugdement and how knowledge is applied in practical situations. The legal philosopher, Dworkins description of discretion as a space for making decisions left open by standards, and the philosopher of care, Martinsens understanding of the prerequisites for judgements, are used as theoretical tools.

Method: The collected empirical data comes from six qualitative interviews and one focus group interview with nurses.

Results: The nurses are followed through the transferring process. They are collecting and assessing complex information, and hence defining what kind of assistance the patient should get. The nurses will then try to secure this assistance. They will, in many cases, emphasize psychosocial and function oriented information. The nurses may experience conflict of interests when they at the same time are expected to follow conflicting premises, and when they have to execute decisions in which they disagree upon.

Conclusion: The room for maneuver for the nurses is considered as divided between professional standards on one hand and political and administrative standards on the other. This may lead to a conflict between a professional role and an executive role. In the professional role the nurses can focus on the individual needs of the patients, and priority time for care. In their executive role the nurses will have to emphasize equality, efficiency and demands from the system. The executive role seems to become more important. The prerequisites for assessment will vary in, and the area of responsibility is affected by the room for maneuver.

Forord og takk.

Det er tilfredsstillende å endelig kunne avslutte arbeidet med denne masteroppgaven. En ting er sikkert: og det er at jeg har lært mye mer enn jeg trodde jeg ville gjøre, ikke bare om tematikken, men også om skriveprosessen og om hvordan et prosjekt på sett og vis lever sitt eget liv. Jeg har vært privilegert som har hatt muligheten til å fordype meg i et tema jeg synes er interessant. Jeg innser at temaet er adskillig større og det finnes mange flere aspekter ved det enn jeg hadde kunnet tro i forkant. Jeg har vel egentlig bare så vidt begynt å skrape litt på overflaten av ett svært stort felt.

Jeg vil rette en stor takk til hver informant som har deltatt: det er av dem har jeg lært mest. I tillegg vil jeg takke for velvilje, imøtekommenhet og for de innspill jeg har fått fra forskjellige personer ved sykehuset som har vært arena for prosjektet.

Det har vært et privilegium å ha Bodil Tveit som veileder: tusen, tusen takk! Hennes positivitet er smittende og hun evner å motivere på en realistisk måte. Veiledningen har hjulpet meg til å se nye grep og løsninger. Takk for hjelp til å ha nok is i magen til å gjøre et grundig forarbeid da jeg egentlig ville løpe av sted. Og på forunderlig vis klarte hun å samle trådene da ting var litt kronglete, slik at jeg kunne se veien videre.

Takk til familie og venner for all oppmuntring underveis.

Og selvfølgelig takk Gase: bedre støtte finnes ikke.

Jorunn Aas Handeland
Oslo, mai 2012.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING.	1
1.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tematikk.	1
1.2	Forforståelse.	2
1.3	Aktualitet.	3
1.4	Hensikten.	5
1.5	Problemstillingen.	5
1.6	Forskningsspørsmålene.	6
1.7	Avgrensninger og avklaringer.	6
1.8	Innhold i avhandlingen.	7
2	TEORETISK TILNÆRMING.	8
2.1	Profesjonsbegrepet.	8
2.1.1	Profesjon: kunnskap og skjønn.	9
2.1.2	Profesjon: ansvar og tillit.	10
2.1.3	Skjønnets normative premisser.	10
2.2	Ronald Dworkins forståelse av skjønn.	12
2.2.1	Normative premisser hos Dworkin.	13
2.2.2	Dworkins aktualitet for prosjektet.	13
2.3	Kari Martinsens forståelse av skjønn.	14
2.3.1	Normative premisser hos Martinsen.	16
2.4	Dworkin versus Martinsen.	16
2.5	Skjønnsutøvelse som normativt problematisk.	17
3	FRA INNLEGGELSE TIL UTSKRIVELSE.	19
3.1	Helsepersonelloven.	20
3.2	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.	20
3.3	New Public Management.	21
3.3.1	Bestiller- utfører- modellen.	22
3.4	Samhandlingsreformen.	24
3.5	"Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter."	25
3.6	Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune.	26
3.7	Fra innleggelse til utskrivelse ved sykehuset.	27
4	EKSISTERENDE FORSKNING.	32
4.1	Gjennomføring av søk.	32

4.2	Resultater.	32
4.2.1	Utskrivningsprosessen: forutsetninger og utfordringer.	32
4.2.2	Standardisering og skjønn.	36
4.2.3	Sykepleie og ansvar.	37
4.3	Hva trenger vi mer kunnskap om?	38
5	METODE.....	39
5.1	Metodevalg.....	39
5.2	Design	39
5.3	Valg av og tilgang til arena for datainnsamling.	41
5.4	Utvalg og rekruttering.	41
5.5	Gjennomføring.....	42
5.5.1	De individuelle intervjuene.	42
5.5.2	Fokusgruppeintervjuet.	43
5.6	Analyse.....	43
5.6.1	De individuelle intervjuene.	44
5.6.2	Fokusgruppeintervjuet.	47
5.7	Vurdering av prosjektets kvalitet.	47
5.7.1	Kvalitet i metodevalg, datainnsamling, analyse og diskusjon.....	48
5.7.2	Refleksjon rundt egen rolle.	49
5.8	Etiske vurderinger.....	50
5.8.1	Informasjon og samtykke.	50
5.8.2	Anonymitet og konfidensialitet.....	50
6	EMPIRISK DEL: Presentasjon av funn.	52
6.1	Fakta om sykehuset.	52
6.2	Gangen i presentasjonen.....	52
6.3	Planlegging av utskrivelsen begynner.	53
6.3.1	Pasienten ankommer.	53
6.3.2	Sykepleierne står pasienten nærmest.	53
6.3.3	Å planlegge er å innhente informasjon.....	54
6.3.4	"Jeg får et bilde av pasienten ganske tidlig."	57
6.3.5	"Jeg ser for meg hvordan de kan få det hjemme."	58
6.3.6	A-meldingen sendes.	59
6.4	Gjennom oppholdet.	60
6.4.1	Vurdering av pasientens fungering og muligheter.	60
6.4.2	Justering av helhetsbildet	61

6.4.3	Å skape fremdrift og forutsigbarhet.	61
6.4.4	"Det handler om økonomi."	62
6.4.5	"Vi er meglere av og til."	63
6.5	Sykehusoppholdet går mot slutten.	68
6.5.1	Å medvirke til beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar.	68
6.5.2	Pasienten er utskrivningsklar.	71
6.5.3	Når B-meldingen er sendt.	78
6.6	Utskrivelsen.	79
6.6.1	Praktiske gjøremål.	79
6.6.2	Forhastede utskrivelser.	80
6.6.3	"Klumpen i magen".	81
6.7	Avslutning: konfliktsituasjonene.	83
7	DISKUSJON.	85
7.1	Introduksjon.	85
7.2	Skjønnets handlingsrom.	85
7.2.1	Handlingsgrunnlaget: "Det beste for pasienten"	85
7.2.2	Handlingsrommet.	86
7.3	Sykepleierne i handlingsrommet.	93
7.3.1	Konfliktsituasjonene.	94
7.4	En dragkamp mellom to roller.	94
7.4.1	"Den profesjonelle"	96
7.4.2	"Utføreren."	97
7.5	Sykepleieren - en utfører?	98
7.6	Konsekvenser for samhandlingen.	100
8	KONKLUSJON OG AVSLUTNING.	101
	Referanseliste:	105
	Vedlegg:	111

1 INNLEDNING.

"Nå har jeg sendt A- og B- skjema og skrevet en veldig detaljert sammenfatning. Jeg har gitt pasienten brosjyren om hva det er å være utskrivningsklar og fortalt om det til pårørende. Jeg har dokumentert alt. Nå må jeg bare legge det fra meg. Jeg har i større grad begynt å si til pasienten: "Beklager, jeg forstår deg, men nå er du ferdig behandlet på sykehuset, vi har ikke mer å tilby. Nå bestemmer kommunen hva som skjer videre, men du kan få telefonnummeret til dem."
Da har jeg gjort det jeg kan, innenfor rammene, som jeg kan stå for."

Sitat fra fokusgruppen.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tematikk.

Ved å innlede med dette sitatet vil jeg synliggjøre det som har vært min nysgjerrighet og interesse fra begynnelsen av arbeidet med masterprosjektet: nemlig interessen for helsefagenes vilkår innenfor de systemene og organisasjonene de er en del av. Hvordan utøves helsefagene i samspill med lover, regler og retningslinjer? Og hva kan dette ha å si for helsefagenes rolle? Utgangspunktet for interessen er undring og betraktninger som stadig har gjort seg gjeldende gjennom eget arbeid som sykepleier. Jeg har blitt oppmerksom på at helsearbeidere stadig står i situasjoner der de kan oppleve motsetninger mellom forventninger fra organisatoriske føringer og egen vurdering av hva som er beste handling. Masterprosjektet har vært en gylden mulighet til å fordype meg i dette.

Som i øvrige deler av offentlig sektor reguleres og kontrolleres helsetjenesten i utstrakt grad av føringer gjennom lover, forskrifter, retningslinjer, veiledere og instruksjoner. Intensjonen med føringene er, i tillegg til å sikre best mulig pasientbehandling, å skape likebehandling, hensiktsmessig ressursfordeling og økonomisk effektivitet (Svensson & Karlsson 2008). Føringerne stiller krav til hvordan helsearbeidere skal og bør utføre pasientbehandling, og hvilke mål og intensjoner de bør etterstrebe. Så lenge forventningene fra føringene

samsvarer med forventningene helsearbeidere har til egne vurderinger og handlinger, opplever de nok ikke så store konflikter. Men i situasjoner der føringene havner på kollisjonskurs med hverandre, eller hvis de kolliderer med den enkelte helsearbeiders forståelse av hva som bør skje, eller vedkommendes forventninger til egen praksis, kan det oppstå dilemmaer (H. Hanssen 2010b). Å skulle balansere mellom motstridende eller uforenelige forventninger gjør at helsearbeideren blir stående i et spenningsfelt, der vedkommende må gjøre avveininger for å kunne handle i samsvar med de forventningene man anser bør etterleves i den aktuelle situasjonen. Slike avveininger forutsetter bruk av faglig skjønn (Svensson & Karlsson 2008).

For nærmere å undersøke et område der det utøves skjønn har jeg tatt utgangspunkt i et tema som opptar meg: nemlig samhandling i helsetjenesten, og da særlig samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Konkret har jeg satt søkelys på prosessen der pasienter skal overføres fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektet handler om sykepleiere i spesialisthelsetjenestens rolle i denne samhandlingsprosessen. Med dette som bakteppe har jeg spurt: Hvilke vilkår har sykepleieres skjønnsvurderinger i samhandlingen? Hvordan påvirkes deres handlingsmuligheter av forskjellige føringer? Hvilke muligheter har sykepleiere til å handle i samsvar med sine "idealer" til hva de synes at en sykepleier bør være? Disse spørsmålene ble et springbrett til prosjektet. Ønsket har vært å gi et bilde av hvordan sykepleiere "utfolder seg" innenfor et handlingsrom.

1.2 Forforståelse.

I kvalitativ forskning vil forskerens relasjon til temaet påvirke datainnsamling, analyse og resultater. Derfor er det sentralt å klargjøre eget forhold til tematikken. Selv om jeg har forsøkt å sette min forforståelse til side, har jeg tolket, forstått og sett mening innenfor de rammene og den kunnskapen jeg har. Forforståelsen har påvirket prosjektet ved at mine erfaringer med temaet har gitt meg interesse for, og motivasjon og drivkraft til å sette i gang og fullføre arbeidet. Forforståelsen setter samtidig begrensninger: i dette tilfellet kan den ha gjort det problematisk å oppdage nye fenomener, fordi egne forestillinger og erfaringer kan ha låst mine muligheter til å se dem (Malterud 2003). Jeg vil redegjøre for noen av forestillingene og erfaringene jeg brakte med meg inn i prosjektet.

Ved flere av stedene jeg har arbeidet har diskusjoner rundt samarbeid med det motsatte tjenestenivået vært gjennomgående. Diskusjonene kan ha handlet om at det er vanskelig og tidkrevende å få kontakt med rette instanser og personer, det kan råde uenighet om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar, eller om bistanden han får etter utskrivelse er god nok. Fokus på at utskrivelser skal skje raskt kan føre til opplevelse av tidspress. Utfordringer knyttet til reinnleggelser og utskrivningsklare pasienter har heller ikke vært uvanlige. Likefullt er positive erfaringer med at kommune og sykehus sammen finner gode løsninger i kompliserte saker også en del av hverdagen.

Jeg har hatt en formening om at noen diskusjoner springer ut fra situasjoner der helsearbeidere dras mellom motstridende forventninger. Man opplever å bli dratt mellom hensynet til pasienten og krav fra "systemet". Noen ganger forventes det nærmest at man må gå på akkord med det man vurderer som beste handling. Sykepleiere kan oppleve frustrasjon hvis verdiene de bygger sine vurderinger på, kolliderer med verdiene som rutiner og retningslinjer springer utfra. Dette kan kanskje beskrives som en konflikt mellom omsorg og effektivitet, der det som anses som faglig best er kanskje ikke alltid er det mest effektive. Videre har jeg hatt antagelser om at noen sykepleiere i relativt stor grad fokuserer på at alle pasienter skal få etter behov, nærmest uavhengig av hvilke ressurser som står til rådighet. Jeg har tanker om at sykepleierens stemme ofte kan overhøres, og at det skjer fordi det ikke er rom for den stemmen innenfor de etablerte systemene. Konsekvensen kan bli at sykepleiere strever med å formidle eller gyldiggjøre sine vurderinger.

1.3 Aktualitet.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen bidrar til å sette tematikken i en aktuell kontekst (St. meld. nr. 47 2009). I stortingsmeldingen fastslås det at samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten fremstår som fragmentert, at samarbeidet er ikke godt nok koordinert, og at: *"... det er i overgangene det er størst risiko for svikt og at slik svikt kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne."* (St. meld. nr. 47 2009: 50). Et eksempel på en slik overgang er den som undersøkes i prosjektet: overføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjeneste. Svikt kan innebære at pasienter defineres som utskrivningsklare for tidlig, at pasienter utskrives før kommunen har fått klarlagt et egnet tilbud, eller at de må

vente lenge på sykehus i påvente av tilbud fra kommunen. En aktuell utfordring for helsetjenesten er å avklare hvilke uttrykk Samhandlingsreformen skal få i praksis: hvordan bør fremtidens samhandling "se ut"? I januar 2012 gikk startskuddet for samhandlingsreformen: fra da innføres reformen gradvis. Konkrete uttrykk for reformen ved sykehuset som er arenaen i prosjektet, er at fokuset på tidlig å sende melding om innlagt pasient til kommunen, og på å fastsette dato for forventet utskrivelse, er styrket. I tillegg skal kommunen kunne kreve at sykehuset skal kunne gi relevant informasjon om pasienten fra det øyeblikk pasienten er meldt innlagt. Uavhengig av at reformen har trådt i kraft, vurderer jeg prosjektets tema og problemstilling som like relevant og aktuelt.

Både det at den eldste andelen av befolkningen, og at denne gruppens behov for helse og omsorgstjenester øker, setter tematikken ytterligere på dagsorden. Dette reiser spørsmål knyttet til hva som skal være helse- og omsorgstjenestens oppgaver, hva helseprofesjonene skal befatte seg med, og hvilke prioriteringer som skal gjøres (P. Nortvedt et al. 2008).

Tidlig i prosjektet (januar- august 2010) hadde jeg tre samtaler med sektorkoordinator ved sykehuset som er prosjektets arena. Jeg fikk informasjon om samarbeidet mellom kommune og sykehus, og om hvordan det arbeides for å fremme samhandling på overordnet nivå. Samtalene økte min tro på at tematikken ville være nyttig å undersøke, og forsterket mitt ønske om å undersøke hvordan prosessen oppleves fra sykepleieres ståsted.

Tematikken skulle vise seg å bli mer aktuell enn jeg kunne ane innledningsvis: I forbindelse med et omstillingsprosjekt for å bedre pasientflyten ved sykehuset, ble det presentert en rapport om samhandlingssituasjonen der (Skagerak Consulting 2010). Rapporten viste blant annet at sykehuset har langt flere utskrivningsklare pasienter enn sammenliknbare sykehus. Dette førte til en gjennomgang av rutinene for overføring av pasienter til kommunen, for blant annet å redusere antall utskrivningsklare pasienter og deres liggetid. Rapporten har ført til at rutiner har vært i endring under prosjektarbeidet.¹

¹ Jeg har forholdt meg til gjeldende rutinene da informantene ble intervjuet januar-mars 2011. Eksempel på endringer er at meldingsskjemaene til kommunen ble elektroniske.

1.4 Hensikten.

For å kunne utvikle praksis, som i denne konteksten er samhandling, til det bedre, trenger vi kunnskap og forståelse for praksis' forutsetninger. Blant andre Hanssen (2010b: 32) hevder at det at profesjonelle har kjennskap til rammene de kan handle innenfor er en forutsetning for faglig forsvarlig praksis. Den kunnskap og forståelse jeg søker innebærer også kunnskap om hvordan profesjonelle utøver faglig skjønn og hvordan de kommer frem til hva som er beste praksis (Grimen & Molander 2008).

Hensikten med prosjektet har vært å få bedre forståelse for hvordan ulike føringer danner forutsetninger for sykepleiere i spesialisthelsetjenestens praksis. Ønsket var å få kunnskap om situasjoner der det kan råde motsetning mellom forventninger for når pasienter skal overføres fra somatisk sykehus til kommunalt helse- og omsorgstilbud, om hvordan sykepleiere håndterer slike situasjoner og deres muligheter til å handle i samsvar med sine skønnsvurderinger. Hensikten har ikke vært å undersøke resultater av skønnsvurderingene eller selve vurderingsprosessen.

1.5 Problemstillingen.

På grunnlag av tematikk og hensikt ble følgende problemstilling formulert:

Hvordan utøver sykepleiere i sykehus sitt faglige skjønn, og hvilket handlingsrom har de når pasienter skal overføres fra sykehus til kommunalt helse- og omsorgstilbud?

1.6 Forskningsspørsmålene.

For å kunne besvare problemstillingen formulerte jeg mer konkrete forskningsspørsmål, som har vært styrende for datainnsamlingen:

- 1. Hva gjør sykepleiere ansatt i sykehus i prosessen der pasienter skal skrives ut fra sykehus til kommunal helse- og omsorgstjeneste?*
- 2. Hvilke standarder opplever sykepleiere at de skal etterleve, og hvordan påvirker de sykepleieres handlinger og vurderinger?*
- 3. Hvilke dilemmaer kan sykepleiere oppleve og hvordan kan de håndtere dilemmaene?*
- 4. Hvilke konsekvenser kan sykepleieres håndtering av dilemmaene ha for sykepleiernes praksis og rolle, og for samhandlingen?*

1.7 Avgrensninger og avklaringer.

Prosjektet er avgrenset til å handle om planlegging av utskrivelser fra sykehus til kommunalt helse- og omsorgstilbud, med fokus på det som skjer den tiden pasienten er innlagt i sykehus. Med kommunale helse- og omsorgstilbud menes sykehjem og hjemmetjeneste. Opprinnelig var tanken å bare fokusere på hjemmesykepleiedelen av hjemmetjenesten, men det empiriske materialet gjorde det problematisk å skille hjemmesykepleie fra praktisk bistand og hjemmehjelpstjenester, fordi informantene omtalte dette under ett. Skillet har heller ingen vesentlig betydning for sykepleierne på sykehuset. Øvrige kommunale tjenester omtales ikke.

Med betegnelsen "sykepleier" menes sykepleiere som jobber i direkte klinisk pasientkontakt ved sykehuset. Selv om sykepleiere arbeider både i bestillerenhet og kommunens og sykehusets administrasjon, står ikke de i søkelyset her, da de innehar en annen funksjon.

Jeg vil presisere at det ikke er slik at sykepleierne bruker skjønn, i motsetning til leger, konsulenter og andre aktører. De er alle skjønnsutøvere som utøver skjønn utfra forskjellige forutsetninger, men de andre aktørenes forutsetninger har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på.

1.8 Innhold i avhandlingen.

Kapittel 2, 3 og 4 utgjør avhandlingens teoretiske del. Her legges et vitenskapelig fundament for prosjektet og konteksten tydeliggjøres. I kapittel 2 presenteres den valgte teoretiske tilnærmingen til skjønnsbegrepet. I kapittel 3 redegjøres det for sentrale standarder for samhandlingsprosessen og i kapittel 4 presenteres aktuell forskning. I kapittel 5 redegjør jeg for hvordan datamaterialet er fremskaffet og behandlet, samt at prosjektets kvalitet og etiske aspekter diskuteres. I kapittel 6 som utgjør avhandlingens empiriske del, presenteres meningsbærende funn fra datamaterialet. I kapittel 7 diskuteres og belyses funnene gjennom den teoretiske tilnærmingen. Avslutningsvis oppsummeres resultatene og det redegjøres for mulige utfordringer for videre forskning i kapittel 8.

2 TEORETISK TILNÆRMING.

2.1 Profesjonsbegrepet.

Som teoretisk tilnærming til prosjektet har jeg tatt utgangspunkt i profesjonsbegrepet. Begrepet er mangfoldig og bærer med seg flere aspekter som er fruktbare for å forstå tema og problemstilling. Særlig det aspektet at profesjon og skjønn er sammenvevd, aktualiserer begrepet. Begrepet er flertydig, omdiskutert og omstridt i følge Molander og Terum (2008). Ahrne, Roman & Franzén (2000) hevder at det ikke finnes noen entydig definisjon av begrepet man kan enes om. Begrepet kan forstås utfra forskjellige perspektiver og tradisjoner.

Ett perspektiv presenteres av Fauske, som redegjør for en sosiologisk tradisjon og et institusjonelt perspektiv der profesjonenes samfunnsmessige rolle og funksjon står i fokus (Fauske 2008: 40-45). Fauske henviser til en tidlig, tradisjonell beskrivelse av begrepet, gitt av Parsons i 1972. Beskrivelsen inneholder tre kriterier som kreves for å definere noe som en profesjon:

1. Profesjonene har en formell opplæring,
 2. De har tilegnet seg bestemte ferdigheter,
 3. Det er en institusjonalisert bruk av kunnskaper og ferdigheter som profesjonene behersker.
- (Fauske 2008: 43)

Kriteriene er enkle og nøytrale, uten å problematisere sider ved profesjonene og deres praksis. Samtidig pekes det på sider ved begrepet som er felles for flere definisjoner, og som er aktuelle for min tilnærming. De klassiske, førindustrielle profesjonene er ansett å være medisin, juss og teologi. Gjennom økt kunnskapsproduksjon, modernisering og differensiering av samfunnsoppgavene er flere yrkesgrupper, deriblant sykepleie, betegnet som profesjonelle (Korsnes, Andersen & Brante 1997; Molander & Terum 2008). I det følgende presenteres noen sider ved begrepet som er relevante for prosjektet.

2.1.1 Profesjon: kunnskap og skjønn.

Både Ahrne et al. (2000), Korsnes et al. (1997) og Svensson og Karlsson (2008) påpeker at profesjoner er yrkesgrupper som innehar bestemt kunnskap som garanteres gjennom utdanning, eksamener og godkjenningsordninger. I tillegg er kunnskapen vitenskapelig og forskningsbasert. Profesjonell kunnskap er i følge Grimen (2008a) sammensatt av kunnskap fra forskjellige fagfelt, og profesjonell praksis handler om samspillet mellom teoretisk og praktisk kunnskap.

Faglig skjønn er et sentralt aspekt ved flere beskrivelser av profesjonsbegrepet. Grimen og Molander (2008: 179) og Molander og Terum (2008: 19-20) omtaler profesjonelt arbeid som skjønnsbasert, og påpeker at profesjonell kunnskap må anvendes med skjønn i enkeltsituasjoner. Svensson og Karlsson skriver til og med at: *"Å handle ut fra eget skjønn er en lederstjerne i profesjonelt arbeid"* (2008: 261). En tilsvarende forståelse har Austgård (2010) som hevder at profesjonalitet hviler på praktikerens faglige skjønn. Faglig skjønn oppstår og utvikles når kunnskap, erfaring, refleksjon og innlevelse sammen danner utgangspunktet for praksis, forklarer Krogstad og Foss (1997). Profesjonsutøvelse som skjønnsutøvelse handler om hvordan enkeltsituasjoner tolkes og forstås. Gjennom skjønnsvurderinger veies aktuelle handlingsalternativer og konsekvenser opp mot hverandre. Ved å bruke dømmekraft for å tilpasse fagkunnskap, erfaring og handlingsregler er det mulig handle riktig og hensiktsmessig i situasjonen (Alvsvåg 2007).

Molander og Terum (2008) hevder at profesjonsutøvere tradisjonelt har hatt betydelig autonomi og frihet til å styre og påvirke hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres og hvordan det skal skje utfra eget faglige skjønn. De har hatt mulighet til å definere sitt handlingsrom og til å handle i samsvar med det de anser som faglig best. Svensson og Karlsson (2008) redegjør for hvordan samfunnet kan føre kontroll med profesjonenes praksis, slik at de ikke misbruker sin kompetanse og posisjon, og slik at ikke praksis strider mot samfunnsprinsipper som likhet og rettferdighet. Samtidig forvalter profesjonene store deler av samfunnets ressurser, noe som må skje på en måte samfunnet kan forsvare. Utfra dette oppstår behovet for standardisering og kontroll av profesjonenes virksomhet. Men kontroll vil igjen påvirke profesjonenes autonomi, deres handlingsrom og skjønnsutøvelse (Molander & Eriksen 2008).

2.1.2 Profesjon: ansvar og tillit.

Profesjonsutøvere er delegert ansvaret for å fylle bestemte funksjoner og oppgaver i samfunnet. I denne sammenhengen hevder Molander og Terum at det er knyttet et tillitsbasert ansvar til profesjonenes rolle (2008: 14.) Profesjonelle er ansvarlige for sine handlinger overfor mottakerne av tjenestene de yter. De profesjonelle påtar seg å forvalte ansvaret for de sakene samfunnet overlater dem. Samtidig innebærer dette at samfunnet må stole på profesjonelles kompetanse.

Grimen (2008b) forklarer at det å vise tillit innebærer at ansvaret for noe eller noen overlates til andre. I denne sammenhengen innebærer tilliten at samfunnet stoler på at profesjonsutøvere er bedre rustet til å bruke faglig skjønn innenfor sitt felt enn ikke-profesjonsutøvere, og forutsetter at profesjonsutøveren har den nødvendige kompetansen som kreves for å gjøre gode skønnsvurderinger. *"Betinget tillit ovenfra åpner for er rom for bruk av skjønn, noe som er et definitorisk trekk ved profesjonell yrkesutøvelse."* (Grimen 2008b: 203). Men samfunnets mulighet til å påvirke hvordan profesjonsutøveren, fyller oppgaven, er begrenset.

Et sentralt aspekt ved profesjonell aktivitet er dermed de forventningene samfunnet har til profesjonelle om at de skal anvende sin kunnskap, forvalte sitt ansvar og utøve sitt skjønn på en god måte. Disse forventningene danner noen forutsetninger og betingelser som jeg skal si mer om.

2.1.3 Skjønnets normative premisser.

I følge Grimen og Molander (2008) er skjønn i seg selv normativt nøytralt: skjønn kan ikke garantere for at bestemte intensjoner etterleves. Det er betingelsene i situasjonen: de normative premissene som omgir skønnsutøvelsen som kan sikre, eller øke sannsynligheten for dette. Enhver situasjon som krever skønnsutøvelse er omgitt av normative premisser. Normative premisser er forventninger, føringer og utsagn om hvilke handlinger, mål og verdier som er godt, ønskelig og ideelt. Vi begrunner våre handlinger utfra normative premisser. Normative premisser skaper et handlingsrom skønnsutøvelsen skjer innenfor (Alvsvåg 2007). Premissene kan være formelle eller uformelle, nedtegnet og uttalte, eller tause. Følgende sitat forteller litt om mangfoldet i premissene:

Det faglige skjønn som utøves i regi av velferdsstaten, er rammet inn av lovgivning, rettigheter, etiske og moralske normer. Profesjonsutøveren vil i sitt arbeid forholde seg til organisasjonsstrukturer og kultur og utøve faglig skjønn i forholdet til klienter med utgangspunkt i organisasjonens verdier og retningslinjer, så vel profesjonelle som etiske retningslinjer.

(Sommerseth 2010: 80)

Vike hevder, noe kritisk, at sykepleie står i en særstilling som gjør den spesielt utsatt for enkelte dilemmaer. I følge Vike er det slik fordi noen av betingelsene som omgir sykepleieres praksis er vage, og derfor gjør det vanskelig å avgrense sitt arbeid (Vike 2004). Han omtaler betingelsene som at:

Sykepleiere oppdras i utdanningen til å rette blikket mot den etiske dimensjonen i møtet mellom pleier og pasient, og utdanningsinstitusjonene er i særdeles liten grad opptatt av å formidle begrensningene i hvor lang viljen til å yte omsorg faktisk kan strekkes, gitt det faktum at de færreste sykepleiere faktisk har tid og ressurser til å gjøre det de tror er deres oppgaver

(Vike 2004: 82)

For at velferdssystemene skal fungere er det, i følge Vike, en forutsetning at noen stiller sin arbeidskraft til rådighet. Da er det særlig aktører som er i nærkontakt med brukere og pasienter som strekker seg, fordi de opplever seg som direkte, personlig ansvarlig overfor den enkelte. Dette gjør det vanskelig å beskytte seg selv "med en mer kynisk holdning" (Vike 2004: 66).

I prosjektet har jeg valgt å fokusere på premissene for sykepleieres skønnsvurderinger i samhandlingsprosessen. For å forstå skjønnets premisser har jeg støttet meg til to filosofers forståelser av skjønn: Den ene er juristen og rettsfilosofen Ronald Dworkin, og den andre er sykepleieren og omsorgsfilosofen Kari Martinsen.

2.2 Ronald Dworkins forståelse av skjønn.

Kritikk av en retning innenfor jussen som betegnes som rettspositivisme, har vært et utgangspunkt for Ronald Dworkins (f. 1931) arbeider. I rettspositivismen, som dominerte rettsteorien fra 1800- tallet, skilte man mellom en foranderlig, menneskeskapt lov på en side, og en bestående moral som eksisterer uavhengig av menneskets oppfatning, på den andre. Dworkin mener at skillet fører til at rettsregler og moral behandles som separate fenomener. Dette skillet har han søkt å bygge bro over. For Dworkin er skillet mellom rett og moral problematisk, fordi han mener de er uatskillelige. I "*Taking rights seriously*" (Dworkin 1977, 1978) baserer han sine resonnementer på det som i rettsvesenet defineres som "vanskelige saker": hvordan skal dommere dømme når loven ikke er entydig? Rettspositivister vil hevde at gjeldende rett er utilstrekkelig, og dommeren må fatte en beslutning utfra sitt skjønn og sin moralske overbevisning. Først etter en skjønnsbasert vurdering kan han fatte en beslutning som samsvarer med lovens hensikt og gjeldende rettsprinsipper. Dette medfører at man kan gjøre noe som er rett og noe som er riktig, uten at det nødvendigvis er det samme. Men Dworkin hevder at gjeldende rett inngår i en samfunnsmessig helhet, som ikke forsvinner når det oppstår vanskelige problemstillinger. For Dworkin ivaretas lovens integritet når dommere tolker loven i samsvar med samfunnets moralske prinsipper (1977) (Christodoulidis 2007; Regjeringen 2007).

I følge Dworkin oppstår behovet for skjønn i situasjoner der en person er pålagt å fatte beslutninger utfra standarder fastsatt av bestemte autoriteter. Standardene bærer i seg normative premisser. Han betegner skjønn som "*the hole in a doughnut*": et rom for frihet omgitt av restriksjoner og omstendigheter i form av normativt forankrede standarder (1977: 31). Først når en slik situasjon har oppstått, anser Dworkin at det er relevant å snakke om skjønn, og det er da umulig å ikke bruke skjønn. Standardene er fastsatt av autoriteter, som har delegert ansvaret for å utøve skjønn der standardene skal virke. Autoritetene forventer at skjønnsutøveren kan argumentere for sine handlingsvalg. Dworkin fastholder videre at lover, regler og standarder må tolkes. Tolkningen medfører ikke at alle vil tolke frem det samme svaret, eller være enige om hva som rett, men det vil være et nødvendig og riktig svar for hver skjønnsutøver, forutsatt at tolkningen foregår på en gyldig måte. Dworkin

fastholder at skjønnsutøveren er moralsk forpliktet til å handle i samsvar med dette (Jeffries 2011).

For Dworkin er det misvisende å si at man enten har eller ikke har skjønn. Der andre snakker om fravær av skjønn, skiller han mellom sterkt og svakt skjønn. Med svakt skjønn er det ingen åpning i loven, man er bundet av standarder som tilsier at løsningen "ligger i kortene". Sterkt skjønn er i mindre grad bundet av standarder, og oppstår når standardene er vage og innebærer en frihet til å velge mellom reelle handlingsalternativer. Det er det sterke skjønn som opptar Dworkin. Han hevder at når vi utøver skjønn er det egentlig ofte snakk om svakt skjønn, selv om vi tror vi har sterkt skjønn. Selv skjønn som utøves av en person med avgjørende beslutningsmyndighet er ofte svakt. Selv om vi tror vi er frie til å fatte den beslutningen vi vil, er det sjelden tilfellet, i følge Dworkin, fordi vi forpliktes av standarder (Dworkin 1993; Grimen & Molander 2008: 181-182).

2.2.1 Normative premisser hos Dworkin.

Dworkin fremmer forsvar for at allmenngyldige, fundamentale menneskelige rettigheter overgår regler (1977: 191). Han omtaler fundamentale rettigheter som frihet, rettferdighet, verdighet, redelighet, politisk forpliktelse. Særlig bærende er prinsippet om at alle mennesker har "*right to equal concern and respect*" (Dworkin 1977: 180-183). Med dette mener han at alle har rett til lik omtanke fra samfunnet. Ressurser og muligheter må fordeles uavhengig av menneskers fordeler, og samtidig i respekt for individets valg og frihet. Myndighetenes og rettsvesenets ansvar er å tilse at samfunnet er organisert og fungerer på en måte som ivaretar dette. Enkeltmenneskets verdi bør i følge Dworkin være kjernen i enhver forståelse av berettiget politisk handling (1993). Regler skal samsvare med den moral som gjelder i samfunnet, hos "*the ordinary man*" (Dworkin 1977: 31).

2.2.2 Dworkins aktualitet for prosjektet.

Dworkin påpeker at ikke bare hverdagsdommere, men også hverdagsmennesker står i situasjoner der de må velge mellom handlingsalternativer og verdier som oppleves uforenelige: vi må utøve skjønn. Forskjellen er at jurister er oppøvd i å tolke lovregler.

Dworkin spør: *"What does it mean in ordinary life to say that someone has discretion?"* (1977: 31). Han hevder at skjønn ikke er kvalitativt forskjellig i og utenfor rettsvesenet.

Grimen og Molander (2008) har aktualisert Dworkins skjønnsteori slik at den kan beskrive skjønn innenfor andre områder enn i jussen. Utgangspunktet for dette er at skjønn er en relativ frihet som fremtrer utfra begrensninger i standarder og hvilken autoritet som fastsetter standardene. For Dworkin er det alltid nødvendig å undersøke og beskrive de aktuelle standardene og hvilken autoritet som har fastsatt dem for å synliggjøre kjønnet. Skjønnsutøveren forventes å kunne gyldiggjøre og begrunne sine handlinger overfor autoriteten. Det er standardene som er mitt utgangspunkt for prosjektet.

For å ivareta profesjonelt ansvar må regler og retningslinjer tolkes, tilpasses og gyldiggjøres i hver enkelt situasjon. Dette åpner for individuelle tilpasninger av standardene. Å følge regler automatisk kan ikke forsvares, ei heller å bruke lover og regler som forklaring alene (Dworkin 1977: 14). Å argumentere med at "sånn er reglene..." er ugyldig, særlig dersom dette medfører handling som bryter med bærende moralske prinsipper. Dworkin åpner for at moralske prinsipper er gyldige argumenter i faglige vurderinger. I og med at de normative premissene er allmenngyldige gjelder de også innenfor sykepleie.

En som har vært opptatt av mulighetene for å bruke skjønn innenfor sykepleiefaget, er Kari Martinsen. Hennes tilnærming bidrar her til å gi et tydeligere bilde av sykepleiernes situasjon.

2.3 Kari Martinsens forståelse av skjønn.

Kari Martinsen (f. 1943) har arbeidet mye med forutsetningene for skjønnsutøvelse og normative premisser for skjønn i sykepleie. Hun har kritisert den positivistiske, vestlige vitenskapens dominans, som hun mener preger både samfunn og sykepleie. I følge Martinsen har dette medført streben etter klinisk evidens, objektivitet og udiskuterbare fakta, standardisering og regelstyring. Når et slikt vitenskapssystem overtar kontroll av praksis, kan det, i følge Martinsen, lede til at: *"Kvalitet i arbeidet blir hastighet og effektivitet"* (Martinsen 2005: 43). Hun synes å se at systemet fortrenger og ugyldiggjør andre kunnskapsformer, som f. eks erfaringskunnskap. Stadig fremholdes at:

"Den "evidensbaserte forsknings" budskap i dag er at en bør satse på objektiv og standardiserbar kunnskap, for gjennom den skal den kliniske praksis bli bedre." (Martinsen 2005: 96).

I Martinsens øyne er dette et bedrag, fordi det er snakk om to forskjellige kunnskapssystemer som representerer to ulike logikker.

Martinsen diskuterer utfordringer som oppstår når sykepleieren må balansere sine vurderinger i dette systemet, som hun mener ikke passer inn i omsorgens "natur" og hun frykter at mennesket objektiviseres (Kyte & Hauge 2010: 42; Martinsen 2005). Hun mener at vi risikerer at skjønnnet tilsidesettes, fordi standardiserte systemer ofte er utarbeidet for å brukes automatisk, uten behov for nærmere tilpasning og situasjonsanalyse. Automatikk gir ikke rom for refleksjon, samtale og forståelse, noe Martinsen anser som forutsetninger for skjønnsutøvelse: *"Skjønnnet kan ikke være hurtig, heller ikke støyende. Skjønnnet trenger tid, rom og stillhet, og mulighet for samtale."* (2005: 41). Dermed underordnes skjønnsmessige vurderinger forskningsbasert standardkunnskap. Samtidig understreker hun at faktakunnskap, rutiner og standardisering er viktige redskaper, forutsatt at de brukes med skjønn.

I følge Martinsen uttrykkes kulturen gjennom normer og regler. I forlengelsen av dette hevder hun at etikk og moral går foran kultur: dersom en situasjon krever det, kan det være riktig å gå i mot en normregel for å handle etisk riktig. (Martinsen 2000: 54, 2005). Martinsen kan støtte synspunkter om at det ikke finnes noen menneskeskapte normer alle kan enes om, og det finnes ingen endelige svar på hva som er godt og ondt (2000: 56 -58).

Å utøve skjønn beskriver Martinsen som bruk av dømmekraft i situasjonen (2000: 62). Skjønnnet kommer til uttrykk i en intuitiv forståelse av situasjonen (Martinsen 1989: 26). Skjønn handler om hvordan sykepleieren fanger opp, tolker og forstår inntrykkene fra pasienten: det Martinsen kaller sansing. Gjennom sansing skapes forståelse, som er en forutsetning for å handle riktig (Martinsen 1997: 94). Forståelse uten handling er sentimental omsorg, *"der en bare synes synd på uten å gjøre noe"* (Martinsen 2000: 24), (Kyte & Hauge, 2010: 238). Å begrunne sin faglige og etiske vurdering av situasjonen er en forutsetning for å gjøre skjønnnet gyldig (Martinsen 1989: 76).

I følge Martinsen skapes skjønnets handlingsrom gjennom samtale, forståelse og innlevelse, utfra regler og normer. For at det faglige skjønnet skal kunne eksistere må finnes et handlingsrom det kan utspille seg i: *"Skjønnet kan ikke settes fast i begreper, regler og prinsipper."* (Martinsen 1997: 140). Hvis normen blir tvingende begrenses skjønnets rom: *"Dersom en okkuperes av normen mister en distansen og rommet til å skjønne i"* (Martinsen 2005: 118).

2.3.1 Normative premisser hos Martinsen.

Omsorg er i følge Martinsen sykepleiens bærende premiss: det er sykepleiens fundament og mål. Omsorg handler om å ta vare på mennesker og ytes utfra forståelse av hva som er godt, riktig og til det beste for den andre. Omsorg forutsetter at man tar ansvar for den andre. Ansvar for den svake er universelt og et gyldig argument i følge Martinsen. Når ressursene er knappe må man argumentere med hensynet til og ansvaret for de svakeste. For at forståelsen kan omsettes til omsorgsfull handling kreves det begrunnelse utfra faglig og etisk vurdering av situasjonen (Kirkevold 2009). Relasjon er en annen forutsetning for omsorg som Martinsen fremholder (2005: 116). All omsorg ytes i relasjon til et annet menneske.

Innenfor den positivistiske tradisjonen Martinsen kritiserer, anses gjerne emosjoner som uvedkommende for profesjonell praksis. Men i følge Martinsen er derimot emosjoner ressurser. De er drivkrefter som forplikter til handling, og leder handlingen i en bestemt retning. Vi kan ikke ignorere at sykepleierens vurderinger vil påvirkes av hennes emosjoner (Sommerseth 2010). Men Martinsen advarer mot at omsorg ytes utfra emosjoner, noe som kan føre til at sykepleieren kan yte sentimental omsorg (Martinsen 2005: 41).

2.4 Dworkin versus Martinsen.

Det er både likhetstrekk og skillelinjer i Martinsens og Dworkins forståelser. Begge fastslår at skønnsvurderinger forutsetter et rom for handlingsfrihet som oppstår utfra standarder. Standarder er regler, prinsipper og rutiner som må tilpasses konkrete situasjoner gjennom tolking. Begge advarer mot automatikk i etterlevelse av regler. På hver sine måter redegjør de for at tolkning av standarder må skje i samspill med etikk og moral. Begge mener at vi er ansvarlige for å gjøre det som fremstår som moralsk riktig. Samtidig forsvarer de at

gjeldende handlingsregler kan tilsidesettes for å etterleve en norm som vurderes som riktigere. Dermed etablerer de et grunnlag for å kunne gå på akkord med føringer. Begge krever at vi skal kunne argumentere for og artikulere våre vurderinger, men regler må aldri brukes for å forsvare handlinger som strider mot moral og etikk. De anerkjenner at argumenter vil kunne ha individuelle preg, og at de likefullt er gyldige.

Både Dworkin og Martinsen fastholder at skjønnsutøveren er ansvarlig for sine handlinger. Men det er en forskjell i hva de mener at skjønnsutøveren har ansvar for. Martinsen fremholder at ansvaret for enkeltmennesket og den omsorgsfulle handlingen er grunnleggende. For henne har mennesket en ukuelig verdi i kraft av å være nettopp et menneske. Dworkin fokuserer på at samfunnet har ansvar for å ivareta individers rett til lik omtanke og individuell frihet. Struktur og organisering må gjøre det mulig å ivareta dette ansvaret. Han fastslår at standarder, regler og rutiner vil etterlate et rom som åpner for skjønn, om enn svakt. Martinsens oppfatning innebærer at gjennom standardisering er det mulig å presse skjønnsvurderinger så langt ut på sidelinjen at de nærmest forsvinner. Dette likner da det Dworkin kaller svakt skjønn.

2.5 Skjønnsutøvelse som normativt problematisk.

I følge Molander og Terum (2008) eksisterer det noen dilemmaer vedrørende profesjonell praksis. Ett dilemma er at det kan oppstå uklarheter om hvilke behov og krav som skal etterleves og prioriteres:

"Profesjonene befinner seg her i en spenning mellom fag og administrasjon. På den ene siden skal de oppfylle kravet om en individualiserende behandling av enkelttilfeller, på den andre siden kravet om likebehandling".
(Molander og Terum 2008: 15)

Et annet dilemma eksisterer hvis profesjonelles individuelle normer påvirker praksis i betydelige grad. Slike sider ved profesjonell praksis er det vanskelig å føre kontroll med uten at profesjonelles handlingsrom samtidig reduseres. Føringer og standarder tolkes og vurderes forskjellig av forskjellige aktører: hadde Dworkin og Martinsen stått i samme situasjon ville de kunne ha kommet frem til ulike beslutninger. Enkeltmennesker påvirkes ulikt, og det varierer hvilke fakta, argumenter og normer den enkelte anser som gyldige. Praksis kan da komme i konflikt med hensynet til rettferdighet (Molander & Eriksen 2008:

167; Molander & Terum 2008: 16- 17). I denne forbindelse er det noen av Martinsens argumenter som løfter frem en spenning profesjonelle står i. Når Martinsen opplever at mulighetene for bruk av skjønn reduseres, reduseres samtidig rommet der profesjonelle kan gjøre vurderinger og treffe beslutninger utfra individuelle hensyn. Hvis det ikke eksisterer muligheter for å kunne ta individuelle hensyn, kan det på sin side føre til urettferdighet. Fordi skjønnnet er normativt nøytralt og fordi profesjonell praksis dels springer ut fra skjønn, kan praksis bli urettferdig eller tilfeldig. Men hvilke standarder er det sykepleierne må forholde seg til i samhandlingsprosessen? Disse presenteres i neste kapittel.

3 FRA INNLEGGELSE TIL UTSKRIVELSE.

I dette kapitlet presenteres de standardene jeg har valgt å ha som utgangspunkt. Med standarder menes her lover, retningslinjer, føringer, forskrifter, veiledere og prinsipper som regulerer planlegging og samhandling fra pasienter legges inn på sykehuset til de utskrives. Begrepet "standard" er valgt fordi det er det Dworkin bruker når han forklarer at skjønn utøves i forhold til standarder (Dworkin 1977).

Det eksisterer også andre standarder, men disse er valgt fordi jeg anser at de bidrar til å gi et troverdig bilde av sykepleiernes handlingsrom. De er alle sentrale i samhandlingsprosessen og representerer et tverrsnitt fra ulike nivåer og instanser. Noen legger føringer for profesjonell aktivitet, andre gir administrative eller politiske føringer. Uansett er standardene bærere av normative premisser for sykepleieres aktivitet. Nedenfor vises en oversikt over standardene som presenteres:

TABELL 1:

NASJONALE FØRINGER som regulerer profesjonell aktivitet:	NASJONALE FØRINGER, politiske og administrative:	SAMARBEIDSAVTALER MELLOM SYKEHUS OG KOMMUNE:	LOKALE RUTINER ved sykehuset:
<ul style="list-style-type: none">• Helsepersonelloven.• Yrkesetiske retningslinjer.	<ul style="list-style-type: none">• New Public Management.• Bestiller – utfører modellen.• Samhandlingsreformen• Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.	<ul style="list-style-type: none">• Overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet.• Retningslinjer for samarbeid om somatisk helsearbeid.	Omtales i kapittel 3.7

3.1 Helsepersonelloven.

I Helsepersonelloven (2001) omtales de forventninger og krav helsemyndighetene har til helsepersonells yrkesutøvelse, samt de rettigheter og plikter som følger med det å være autorisert helsepersonell. Lovens hensikt er å bidra til og styrke pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, samt å sikre samfunnets tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Loven stiller overordnet krav om at helsepersonell skal utføre sitt yrke utfra krav om faglig forsvarlighet:

§ 4: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.
(Helsepersonelloven 2001)

Helsepersonell er pålagt å melde fra dersom pasienter ikke får dekket sine grunnleggende behov, ikke får nødvendig helsehjelp eller blir påført skade eller unødig lidelse. Loven understreker at den enkelte har et selvstendig ansvar for at ens praksis er forsvarlig. Like fullt krever loven at virksomhet innenfor helsetjenesten er organisert på en måte som gjør det mulig å etterleve krav om faglig forsvarlighet. Samtidig skal helsepersonell *"sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift."* (§6). De er dermed pålagt et ansvar for fornuftig ressursbruk og prioriteringer i sin praksis. En vanlig forståelse av hva faglig forsvarlighet innebærer, tar utgangspunkt i det som vanligvis skal kunne forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner i en gitt situasjon.

3.2 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sykepleierforbundet 2011) ble sist revidert og godkjent høsten 2011². Retningslinjene omhandler de forpliktelser som inngår i god sykepleiepraksis og forventninger til sykepleieres etiske yrkesutøvelse. Retningslinjene er ment å være veiledende i situasjoner der det oppstår etiske dilemmaer. Alle sykepleiere møter retningslinjene i løpet av sin utdanning og de inngår i sykepleieres rolle og vil påvirke deres identitet. Retningslinjene holdes høyt oppe av fagorganisasjonen og preger hvordan sykepleiere fremstilles. Gjennom retningslinjene ønsker man å verne om sykepleiens grunnleggende verdier. I retningslinjene beskrives sykepleiens grunnlagstanke:

² Fra 1983, også revidert i 2001 og 2007.

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. (Sykepleierforbundet 2011: 7)

Sykepleieren er med dette ansvarlig for egen praksis, og forpliktet til å kjenne gjeldende lovverk. Hun skal kjenne arbeidsstedets *”visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer,”* og være *”lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.”*

I retningslinjenes forord tegnes konturene av et spenningsfelt sykepleiere står i. Det fremheves at sykepleiere kontinuerlig stilles overfor nye etiske problemstillinger fordi den medisinske, teknologiske og politiske utvikling, i samspill med nye organisasjonsstrukturer, betalingsordninger og resultatkrav i helsetjenesten endrer sykepleiens forutsetninger (Sykepleierforbundet 2011: 1). Retningslinjene kan oppfattes som en utfordring til sykepleiere om å være en motvekt til noen utviklingstrekk. Sykepleieres faglige ansvar forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft i praksis. Retningslinjene utgjør et normativt grunnlag man skal kunne forvente at sykepleiere forholder seg til.

3.3 New Public Management.

Når det i Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer står *”markedsideologiske tenkning”*, er det naturlig å spørre hva det innebærer. Enkelte av standardene i samhandlingsprosessen springer ut fra det som betegnes som New Public Management (NPM)³. Buch (Busch, Vanebo, Klausen & Johnsen 2005) og Grund (2006) skriver at betegnelsen oppstod blant forskere som studerte reformer under Thatcher- regjeringen, for å forstå modernisering av offentlig sektor. Reformene ble båret av erkjennelsen av at det offentlige systemet disponerer begrensede ressurser, og dermed må ta ansvar for å sikre en bærekraftig ressursfordeling. Dette medfører nødvendigheten av å prioritere. Reformene skulle gjøre offentlig sektor mindre tungstyrt, mindre byråkratisk og gi styrket ledelse. Felles for reformene har vært styringssystemer knyttet til økonomisk kostnadseffektivisering gjennom økonomiske insentiver. For å drive kostnadseffektivt og kvalitetssikkert anses det som nødvendig med et ytre press på aktørene i offentlig sektor. Det oppstår et behov for å kontrollere aktørene. Kontrollsystemene kan være av organisatorisk, juridisk eller økonomisk

³ En norsk betegnelse på New Public Management er Ny Offentlig Styring (Vike 2004). Jeg har valgt å bruke den engelske betegnelsen, da den er mest kjent.

art. Fordelene med NPM har vært flere, og mange av endringene har utvilsomt "betalt seg". Endringer i prosesser og strukturer har fått offentlig sektor til å yte mer. Reformen har ført til forutsigbarhet, forebygget tilfeldighet, gitt økt rettssikkerhet og likebehandling. Dette samsvarer med det offentliges ansvar for at *"Den enkelte skal være sikret mot vilkårlighet fra forvaltningen,"* (Grund 2006: 67).

Styringssystemer som er innført i kjølvannet av NPM har påvirket organiseringen av norsk offentlig helsetjeneste, med økt fokus på konkurranse, effektivitet og produksjon. Målet er å oppnå størst mulig produktivitet til lavest mulig kostnad, og tiltak vurderes som nødvendige ut fra deres evne til å opprettholde, eller øke produksjon og drift. Jensen, Østre og Hagen hevder at dette er synliggjort gjennom innføringen av statlig eierskap av sykehus med Helseforetaksreformen i 2002. Helseforetakene ble organisert som *"store konsern med forretningsmessige mål for sin virksomhet."* (Jensen, Østre & Hagen 2010: 34) Økonomistyringen ble endret fra å bruke systemer utviklet for offentlige velferdstjenester, til å bruke regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet.

Grund (2006) hevder at NPM har ført til at helsearbeidere kan oppleve en dobbel lojalitet der de må balansere mellom systemets forventninger om effektivitet og brukeres forventning om individualisering og service. Kyte og Hauge (2010) hevder at enkelte av reformene som baserer seg på markedstenkning, forsøker å prissette fenomener som diagnoser og behandlinger, som for eksempel gjennom DRG- systemet. Dette er i følge forfatterne utfordrende fordi fenomener som omsorg hverken kan telles eller måles. Forsøk på å prissette diagnoser kan ikke favne kvaliteten på omsorg som ytes. En vesentlig del av helsetjenesten risikerer dermed å bli tillagt mindre verdi.

3.3.1 Bestiller- utfører- modellen.

Et vanlig styringssystem i NPM- tradisjon er bestiller- utfører- modellen innenfor kommunesektoren. Norges første bestillerkontor ble etablert i 1997. Grunntanken er at man, ved å skille forvaltning av offentlige tjenester fra de som leverer tjenestene, innfører en organisering som likner den i privat sektor. Dermed oppstår et marked der noen kjøper og noen selger tjenester, som igjen kan stimulere og rasjonalisere aktiviteten. I modellen kjøper bestilleren tjenester av utfører. Til rollene knyttes det klart definerte og separate

oppgaver, og samhandlingen mellom dem styres i utstrakt grad av kontrakter og avtaler (Busch & Vanebo 2005).

I bestillerenheten behandler saksbehandlere henvendelser og søknader fra enkeltpersoner og sykehus. De ivaretar kommunens oppgaver knyttet til å fatte vedtak om tildeling eller bortfall av tjenester på pleie- og omsorgstjenesteområdet. Utfra informasjon om, og gjennom vurderinger av brukerens situasjon, vurderer de hvilke tjenester vedkommende skal få, hvorpå de fatter vedtak utfra dette. Bestiller skal fatte selvstendige beslutninger basert på at de har en helhetlig oversikt over tilgjengelige ressurser, som de skal kunne fordele og disponere fritt (Busch & Vanebo 2005; Hansen, Kirchhoff & Ramsdal 2009). Deretter har utførerenheten ansvar for å iverksette vedtakene. Det er utføreren som hovedsakelig møter brukerne.

Busch og Vanebo (2005: 144) skisserer noen potensielle dilemmaer ved modellen. Et dilemma springer ut fra det faktum at utføreren kan ha bedre kjennskap til brukeren enn bestilleren, men likevel ikke formelt får påvirke eller vurdere tiltak. Bestillingen kan også begrense utførerenes mulighet til iverksette de tiltakene vedkommende vurderer som nødvendig. Gjennom organiseringen forsøker man å føre kontroll med tjenesteyteres praksis. I dette kan man spørre om hvem sin vurdering av brukerens behov som skal være gjeldende (Kirchhoff 2007).

Bestillerenhetene er opprettet av organisatoriske hensyn. Bestiller kan utøve kontroll over utfører, samt presse til ytelse gjennom kontrakter og prisfastsettelse. Men det er et dilemma at tjenestene som utføres ofte er vanskelige å prissette. Dette kan stimulere til en konkurranse som kanskje egentlig ikke eksisterer, og man kan risikere at bestilleren velger å prioritere de mest lønnsomme oppdragene. Modellen forhindrer at de som tildeler og utfører er samme person: man vil unngå en for tett relasjon mellom dem. Men avstanden mellom de som fordeler ressurser og de som utfører tjenester kan også bli for stor (Busch 2005).

3.4 Samhandlingsreformen.

Hensikten med Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 2009) er å svare på det som anses som en av hovedutfordringene i helsetjenesten: nemlig at samhandling og koordinering ikke fungerer godt nok. Helsetjenesten må kunne være i stand til å møte de fremtidige utfordringer som følger med at en økende andel eldre og pasienter med kroniske og/ eller sammensatte lidelser, vil kreve en stadig økende andel av helsetjenestens ressurser. Da arbeidet med stortingsmeldingen startet hevdet daværende helseminister Hanssen at det største hinderet for å få bedre tjenester i helsetjenesten er mangel på samhandling i og mellom ulike nivåer i helsetjenesten (B. H. Hanssen 2008).

Målet er at alle skal få den helsehjelp og omsorg de har behov for, samtidig som kostnadsveksten bremses. Reformen skal bidra til mer forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling. Dette skal skje ved at en betydelig del av helsetilbudet skal finne sted i kommunene, og ikke i spesialisthelsetjenesten som i dag. Tiltak for å oppnå dette kan være å etablere kommunale lokalmedisinske sentre der man kan ivareta flere tjenester som i dag utføres av sykehusene. Man ønsker å fremme samarbeid både mellom kommuner, og mellom kommuner og helseforetak. For å stimulere til etablering av samarbeidstiltak, er det utlyst prosjektmidler som administreres og fordeles av Helsedirektoratet. Gjennom fordeling av prosjektmidler vil man fremme et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud før, istedenfor og etter sykehustjenester, eller alternativ til sykehusinnleggelse (Helse og omsorgsdepartementet 2011a; Helsedirektoratet 2011)

Til grunn for reformen ligger blant annet ny Lov om Helse og Omsorgstjenester og Forskrift om kommunal medfinansiering. Noen konkrete konsekvenser som trådte i verk fra januar 2012, er at kommunene skal betale en del av regningen for sykehusinnleggelser. Fra å ha 7 til 10 dagers frist på seg, har nå kommunen ansvaret for pasienten fra dag én etter at pasienten er meldt utskrivningsklar. Kommunen må dermed betale en større del av regningen for sykehusoppholdet hvis pasienten blir liggende utover dette, forutsatt at sykehuset har fulgt gjeldende rutiner.

Samtidig om intensjonene med reformen er gode, åpner den også for noen dilemmaer. Det stilles spørsmålstegn ved grunnlaget for Samhandlingsreformen. Kommunenes

Interesseforening for Lokalsykehus (KIL) støtter intensjonene om tettere samarbeid mellom nivåene og bedre koordinering av tjenestene, men er skeptiske til omfanget av og grunnlaget for reformen (Jensen et al. 2010). Tiltakene som skisseres i stortingsmeldingen anses som vage og ikke egnet til å løse utfordringene helsetjenesten står overfor. Enkelte frykter at kommunene vil sitte igjen med størstedelen av regningen for prosjektene som iverksettes, og det er mange kommuner som mangler den kompetansen, de helsearbeidere og ressursene som kreves for å opprette foreslåtte tiltak.

3.5 "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter."

Denne nasjonale forskriften legger føringer for hvilke vurderinger som må gjøres før pasienter kan overføres fra helseforetak til kommune (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Forskriften utgjør grunnlaget for lokale samarbeidsavtaler, og fastsetter kriterier for når pasienter er utskrivningsklare, definerer hvem som har beslutningsmyndighet, hvordan konflikter skal løses, om varsling til kommunen om pasienter og fastsette pris for utskrivningsklare pasienter i sykehus. Kriteriene for når en pasient skal vurderes som utskrivningsklar står sentralt i dette prosjektet. Det er sykehusene som bestemmer om og når en pasient er utskrivningsklar, og de kan kreve betaling fra kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, utover en angitt tidsgrense. En pasient er utskrivningsklar når følgende er vurdert og dokumentert:

- 1. Problemstillingen(e). ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
- 2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,*
- 3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
- 4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
- 5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,*
- 6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.*

Da Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012 ble forskriften opphevet og erstattet av "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" (Helse og omsorgsdepartementet 2011b). Jeg gjennomførte datainnsamlingen utfra det lov- og forskriftsgrunnlaget som forelå i januar til mars 2011, og legger derfor "Forskrift om kommunal betaling" til grunn for prosjektet. Kriteriene for å avgjøre hvorvidt en pasient er utskrivningsklar er i hovedtrekk like i den gamle og den nye forskriften.

3.6 Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune.

Avtale om retningslinjer for samarbeid om somatisk helsearbeid, fra 2005,

I denne avtalen fastslås at fundamentet for samhandlingen skal være likeverd og respekt, og man ønsker at samarbeidet skal romme helhetstenkning og brukermedvirkning. Retningslinjene angir hvordan man skal forholde seg ved særskilt omfattende saker, informasjonsplikt, undervisningsansvar og at man søker å legge til rette for god kommunikasjon og kontakt. Retningslinjene har som intensjon å fordele ansvar og fastsette retningslinjer for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal, etter spesialisthelsetjenesteloven, yte tjenester det ikke er faglig forsvarlig eller mulig for primærhelsetjenesten å tilby. Sykehusene har ansvar for å sende melding til kommunen så snart man ser at en pasient har behov for oppfølging i kommunen. Dette gjør det mulig for kommunen å begynne å planlegge i god tid. Deretter skal sykehuset sende melding når pasienten er utskrivningsklar. Kommunehelsetjenesten skal sørge for nødvendige helse-, pleie- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen, i samsvar med Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Kommunen skal begynne forberedelser til å kunne ta i mot pasienter når de mottar melding om innlagt pasient fra sykehuset.

Overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet, 2008.

I avtalen fastsettes grunnleggende visjoner for samhandlingen mellom helseregionen og kommunen. Partene har likestilt ansvar for å etablere nødvendige samhandlingsarenaer og -prosesser. De skal bidra til *"Effektive og gode behandlingsforløp hvor nødvendige tiltak ytes*

til riktig tid og pårett sted”, ”Best mulig ressursutnyttelse” og ”Gode modeller for samhandling”. Denne overordnede avtalen ligger til grunn for øvrige avtaler som inngås.

Arbeidet med å utforme ny overordnet samarbeidsavtale pågår, og er planlagt ferdig 1. juli 2012. Utfra denne vil man utvikle nye lokale retningslinjer. Helseforetak og kommune arbeider med å avklare hvilken struktur og samarbeidsavtaler som skal gjelde, deriblant tilleggsavtale om pasientforløp.

3.7 Fra innleggelse til utskrivelse ved sykehuset.

Opplæring av sykepleiere og primærsykepleiers ansvar.

Alle nyansatte sykepleiere ved sykehuset får opplæring i hvordan planlegging og gjennomføring av utskrivelser skal foregå. Opplæring skjer sentralt på sykehuset og på den enkelte sengepost. Sykepleietjenesten er organisert etter primærsykepleiemodellen, som innebærer at alle pasienter skal ha sin primærkontakt som har det helhetlige ansvaret for pasienten gjennom oppholdet. Hensikten er å sikre kontinuitet, helhetlig pleie og omsorg til pasienten. Primærsykepleier skal være kontaktperson for pårørende, sykehus og det kommunale hjelpeapparat, samt koordinere tverrfaglig samarbeid. Primærsykepleier har et spesielt ansvar for *”planlegging av utskrivelse”* og være *”pådriver i planlegging av en framtidig utskrivelse”* (vedlegg 1, 2 og 9).

”Å planlegge fra dag 1.”

Ett prinsipp i samhandlingen tilsier at planlegging av utskrivelser skal begynne så tidlig som mulig etter innleggelse (vedlegg 9). Det sies at *”Utskrivning skal planlegges fra dag 1”*. Hensikten er at kommunen varsles så tidlig som mulig om at pasienten er innlagt slik at de kan begynne å planlegge et tilbud for ham. Man vil med dette forhindre at pasienten må vente på et tilbud når han er utskrivningsklar. I praksis lærer sykepleierne at dette betyr at de skal avklare om og hvilket tilbud pasienten mottar fra kommunen, hvordan det eksisterende tilbudet fungerer, samt at det må vurderes om det foreligger forandringer i pasientens behov.

Sykepleiedokumentasjonen.

Gjennom sykepleiedokumentasjonen vil man sikre at krav til dokumentasjon oppfylles. Sykepleiere skal fortløpende dokumentere sine observasjoner, vurderinger og tiltak, samt å evaluere effekten av disse. Funksjonsområdene er de 12 punktene dokumentasjonen er organisert utfra. Funksjonsområdene går igjen i de fleste sykepleiedokumentene (vedlegg 3). I utskrivningsøyemed er område 10: "Sosialt/planlegging av utskrivelse", sentralt.

I løpet av pasientens første døgn på post skal sykepleierne gjøre en datainnsamling: en anamnese utfra funksjonsområdene. Datainnsamlingen er grunnlag for videre pleie og behandling. Parallelt med at sykepleieren oppretter anamnese, skal hun opprette dokumentet "Plan for utskrivelse" (vedlegg 4). I planen samles fortløpende informasjon som omhandler planlegging av utskrivelse, som informasjon om bistand pasienten mottar og om kontakter og avtaler som gjøres.

Før pasienten utskrives skriver sykepleieren en sykepleiesammenfatning som også bygger på funksjonsområdene). Dokumentet skal inneholde opplysninger om pasientens tilstand ved innleggelse og utskrivelse, sammendrag av sykepleien som er gitt og forslag for videre sykepleietiltak. Sammenfatningen sendes med pasienten til den instans som skal følge ham opp.

Funksjonsbeskrivelsen.

Når pasienten er utskrivningsklar fyller sykepleier ut funksjonsbeskrivelsen (vedlegg 5), som er den vurdering av "Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling" som det er fastsatt at skal gjøres i "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter". Beskrivelsen skal inneholde tilstrekkelig informasjon til at kommunen skal kunne ivareta pasientens behov. Beskrivelsen er et standardisert skjema, basert på avkryssing om pasientens fungering på bestemte områder: Spising/matlaging, administrering av medisiner, personlig hygiene, behov for hjelp ved toalettbesøk og om pasienten er inkontinent, av/ påkledning, gangfunksjon, og sanseevner. I tillegg angis om pasienten er glemsk, orientert for tid og sted, og om han er urolig eller har angst, samt opplysninger om bo- og sosiale forhold. Nederst på skjemaet kan sykepleier gi utfyllende informasjon.

Planlagt utskrivelsesdato.

Det har eksistert en uformell regel om at man i løpet av første døgn skal estimere en dato for når man antar at pasienten kan skrives ut. Hensikten med å sette en slik dato er at pasient og pårørende, behandlere i sykehus og saksbehandlere i bestillerkontor skal kunne ha en formening om hvor lenge oppholdet vil kunne vare og et realistisk planleggingsperspektiv. De formelle retningslinjene for "Planlagt utskrivelsesdato" ble innført i mars 2011⁴ (vedlegg 6). Planlagt utskrivelsesdato er "Den dato lege ved tilsyn på post første virkedag antar at pasienten kan skrives ut". Sykepleieres ansvar er å dokumentere datoen i "Plan for utskrivelse", informere bestillerkontoret om datoen og dersom datoen endres, samt etter avtale med pasienten, informere pårørende.

A-skjema: Melding om innlagt pasient.

A-skjemaet er melding som sendes fra sykehus til bestillerenhet for å informere om at en pasient er innlagt (vedlegg 7). Meldingen skal sendes innen 24 timer etter innleggelsen, eller så snart man antar at pasienten vil trenge kommunens tjenester. Hensikten er å raskt etablere kontakt mellom sykehuset og bestillerenheten, slik at nødvendig informasjon kan utveksles og samarbeidet igangsettes. Sykepleier er ansvarlig for å sende meldingen for pasienter som mottar hjemmetjenester, samt for pasienter som ikke mottar bistand, men der man antar at de vil trenge bistand etter sykehusoppholdet.⁵ Om det ikke er grunnlag for å sende A- skjema det første døgnet, kan pasientens behov endres under sykehusoppholdet. Derfor må det kontinuerlig vurderes om det oppstår grunnlag for å sende meldingen. Når bestillerkontoret har mottatt meldingen kontakter de sykehusposten for å innhente opplysninger om pasienten fra sykepleier, samt at de informerer sykehuset om hvilke tjenester pasienten mottar.

⁴ På dette tidspunktet hadde jeg gjennomført intervjuene, men flere sykepleiere fortalte likevel om at man forholdt deg til dette.

⁵ Da intervjuene var gjennomført, ble det i mars 2011 innført elektronisk sending av A- og B- meldinger. Jeg forholder meg til den "gamle" ordningen der skjemaene ble sendt i papirform, da det var det informantene hadde erfaring med ved intervjutidspunktet.

B-skjema: Melding om utskrivningsklar pasient.

Når det er avgjort at pasienten er utskrivningsklar sendes "Melding om utskrivningsklar pasient" til bestillerkontoret: B-meldingen (vedlegg 8). Meldingen sendes for pasienter man vurderer at har behov for høyt omsorgsnivå: som sykehjem eller hyppige hjemmetjenester. Pasienten informeres om at han er meldt utskrivningsklar, hvilket betyr at han ikke lenger har behov for tjenester som sykehuset kan tilby. Retningslinjen for meldingen hviler på "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter". Meldingen sendes bestillerenhet den dagen sykehuset har besluttet at pasienten er utskrivningsklar. Pasienten skal da kunne skrives ut samme, eller neste dag ⁶. "Melding om utskrivningsklar pasient" består av tre dokumenter:

1. *Legens dokument: "Utskrivningsklarmelding - Lege", som inneholder medisinske opplysninger og vurderinger i henhold til Forskrift om kommunal betaling.*
2. *Sykepleierens dokument: " Utskrivningsklarmelding - Funksjonsbeskrivelse".*
3. *B- skjema: Melding om utskrivningsklar pasient, fylles ut av sekretær.*

"Helsepersonell på sykehus får ikke anbefale."

Et prinsipp sykepleierne må forholde seg til innebærer at helsepersonell i sykehuset ikke får spesifisere sine anbefalinger, konkludere, eller prøve å påvirke hvilket tjenestetilbud pasienten bør få i kommunen. Prinsippet er ikke nedtegnet i noen retningslinje, men er omtalt i flere notater, og sykepleierne får informasjon om dette (vedlegg 9). Hensikten er at bestillerenheten skal gjøre egne vurderinger utfra opplysningene i B-meldingen, og fatte vedtak utfra det. I tillegg vil man ikke risikere at sykehuset bidrar til at pasienter får forhåpninger om bestemte tilbud, som ikke innfris.

Utskrivelsen.

Når pasienter skrives ut til eget hjem med det samme tilbudet som før innleggelsen, avtaler sykepleier og hjemmetjeneste direkte når pasienten kan komme hjem. For nye brukere av hjemmetjenesten går vedtaket via bestillerkontoret. Sykepleieren må da avvente beskjed om

⁶ Fra mars 2011 sendes skjemaet bare dersom det foreligger vesentlige endringer i pasientens tilstand: hvilket innebærer hjemmesykepleie fire ganger eller mer pr. døgn, eller sykehjem. Før dette ble skjemaet sendt for samtlige A-meldte pasienter som ville ha behov for mer bistand fra kommunen.

når hjemmesykepleien kan komme, før det kan avtales med når pasienten kan komme hjem. Ved utskrivelse skal sykepleier tilse at pasienten har husnøkler, klær, mat og penger, og at noen møter vedkommende hjemme etter behov. Sykepleier sender epikrise, sykepleiesammenfatning, øvrig dokumentasjon, samt eventuelle medisiner og hjelpemidler med pasienten. Deretter ordner de transport for pasienten (vedlegg 9).

Pasienter som skal til sykehjem venter vanligvis på sykehuset til det er ledig sykehjemsplass. Når det foreligger sykehjemsplass informeres sykepleier via sykehusets sektorkoordinator, som har fått beskjed fra bestillerenheten. Deretter informerer sykepleier pårørende: pasienten kan ikke skrives ut før pårørende er informert. Pasienten reiser til sykehjemmet samme dag eller dagen etter at man har mottatt tilbud om plass. Sykepleier rapporterer om pasienten til kontaktperson på sykehjemmet, avklarer transport og tilser at pasienten har klær, penger og eiendeler, medisiner og utstyr, og at epikrise, sykepleiesammenfatning og nødvendig dokumentasjon følger med pasienten.

4 EKSISTERENDE FORSKNING.

4.1 Gjennomføring av søk.

For å finne forskningsarbeider som kunne gi et bilde av eksisterende forskning om sykepleieres rolle i samhandlingen, og om sykepleieres skjønnsutøvelse i spenningsfeltet mellom standarder og klinisk pasientarbeid, søkte jeg på forskjellige måter. Min søkestrategi innebar at jeg gikk bredt ut og deretter snevret inn søkene. Jeg foretok delvis systematiske søk på enkeltord og ordene i kombinasjon, i Cinahl, Ovid, SveMed, PubMed, samt i BIBSYS. Utvalg blant resultatene ble foretatt utfra en gjennomgang av overskrifter og "abstracts". Videre gjorde jeg funn ved å søke i referanselister i de artiklene og rapportene jeg fant aktuelle. Dette kan beskrives som et snøballsøk (Polit & Beck: 345-355). Forskningsarbeidene som presenteres er valgt utfra en vurdering av deres nytteverdi for å belyse egne empiriske funn. Jeg har valgt å primært forholde meg til studier fra norske forhold, men har også sett på og referer til enkelte undersøkelser fra andre land.

Å søke utfra skjønnsbegrepet var utfordrende fordi begrepet har forskjellige bruksområder på norsk og engelsk. Det engelske begrepet "discretion" ligger nærmest det norske "skjønn", men brukes hovedsaklig innenfor rettsvesenet. Med utgangspunkt i at Dworkins teori er anvendt ble det naturlig å bruke dette begrepet. Men generelt brukes i større omfang "judgement", men som igjen kan knyttes til "decision making", som handler om beslutningstaking. I noen sammenhenger brukes "reasoning" om hvordan aktører begrunner sine vurderinger og handlinger. "Assessment" omfatter både vurdering, fastsettelse og juridisk skjønn, og er dekkende for vurderinger og kartlegging som for eksempel gjøres av pasientfunksjon. Derfor ble det begrepet vurdert som mest relevant i denne konteksten.

4.2 Resultater.

4.2.1 Utskrivningsprosessen: forutsetninger og utfordringer.

Forskning med utgangspunkt i samhandlingsprosessen der pasienter skal overføres fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester, presenteres i Paulsen og Grimsmo sin

rapport: "God vilje- dårlig verktøy" (2008). De har undersøkt hvordan forløpet vanligvis arter seg når omsorgstrengende eldre skal overføres fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Hensikt er å forklare hvorfor det oppstår svikt, samt å finne ut hvordan prosessen kan forbedres og effektiviseres. De har undersøkt om svikt kan ha sammenheng med manglende mekanismer eller mangelfulle rutiner for godt samspill. De hevder at utskrivningsforløpet *"representerer en reise på tvers av kulturelle og organisatoriske skiller"* (Paulsen & Grimsmo 2008: 94). For å forstå utfordringene som eksisterende samarbeidsformer bringer med seg, har de skissert en femtrinnsmodell for hvordan prosessen vanligvis arter seg:

1. *Innledende melding: Første varsel fra sykehuset til kommunen om at en pasient er lagt inn og kan trenge omsorg etter utskrivningen.*
2. *Kommunale initiativ for informasjonsinnhenting og planlegging.*
3. *Praktisk forberedelse av utskrivning i sykehuset.*
4. *Praktisk forberedelse av pasientmottaket i hjemkommunen.*
5. *Hjemreise og mottak i kommune.*

(Paulsen & Grimsmo 2008: 91)

Paulsen og Grimsmo har funnet at prosessen er preget av et spenningsforhold mellom kommunens behov for å raskt motta melding om pasienter slik at de får nok tid til å planlegge, og kommunens behov for adekvat og korrekt informasjon. Spenningen innebærer at rask varsling kan gi feilaktig informasjon. En annen utfordring er at det kan oppstå misforståelser når kommunen må tolke informasjonen fra sykehuset.

På initiativ fra Norsk Sykepleierforbund er det gjennomført en studie der man søker kunnskap om fenomenet med at pasienter ikke utskrives fra sykehus når behandlingen er avsluttet fordi kommunen ikke har et tilbud til dem (Seierstad, Holmeide & Eimot 2010). Ved en undersøkelse ved 25 sykehus og aktivitetstall fra 4 helseforetak, finner man at når utskrivningsklare pasienter må vente oppstår en uhensiktsmessig bruk av ressurser: pasienter som venter i sykehuset tar opp sengeplasser og liggedøgn. Det kan true sykehusets driftskapasitet og evne til å ivareta ansvaret for og plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp. Lang liggetid øker faren for at pasienter pådrar seg komplikasjoner. Forskerne har funnet at det tilbudet pasientene trenger, ikke eksisterer i kommunen i form av manglende kapasitet eller kompetanse. De fleste utskrivningsklare pasienter er over 80 år, og har vært relativt

velfungerende i sitt hjem, med minimalt hjelp fra kommunen før sykehusinnleggelsen. En annen gruppe er pasienter med kroniske lidelser som medfører hyppige innleggelser. Felles er at det under sykehusoppholdet avdekkes funksjonssvikt og manglende sosialt nettverk.

Danielsen og Fjær (2010) har undersøkt sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenestens erfaringer med å overføre syke eldre fra sykehus til kommune. Funnene tilsier at samarbeidet mellom tjenestenivåene, til tross for eksisterende samarbeidsavtaler, fremstår som uorganisert. Samhandlingen preges av ineffektiv kommunikasjon, manglende helhetstenking, urealistiske forventninger og manglende forståelse for det andre nivåets ressurser og arbeidsform. *"Kombinasjonen av stor grad av skjønnsutøvelse og liten grad av helhetstenkning framstår som en utfordring i materialet"* (Danielsen & Fjær 2010: 33). Likevel fungerer ofte overføringene nettopp på grunn av *"... sykepleiernes fleksibilitet og faglige skjønn."* (Danielsen & Fjær 2010: 28). Ansvar, åpenhet, respekt og tillit fremholdes som nødvendige verdier og forutsetninger for å oppnå god samhandling:

"Den verdimessige utfordringen bør være en erkjennelse av at samhandlingen mellom tjenestenivåene må bygge på en gjensidig respekt og tillit til hverandre..."

(Danielsen & Fjær 2010: 34).

Samtidig finner de at sykepleiernes erfaringer ofte var preget av mistillit til det motsatte tjenestenivå.

Hellesø og Fagermoen (2010) tar utgangspunkt i at det stilles store krav til rutiner for informasjonsutveksling i helsetjenesten når stadig flere pasienter skal motta helsehjelp i eget hjem etter sykehusopphold. De hevder at ineffektive systemer vanskeliggjør utskrivelser, truer pasientsikkerhet, forlenger sykehusopphold og øker antall reinnleggelser. Til tross for at omfattende arbeid er lagt ned for å utvikle gode rutiner, består utfordringene:

"Despite considerable effort and focus on how to undertake hospital discharge successfully, the problem of ensuring continuity of care remains."

(Hellesø & Fagermoen 2010: 1)

Videre diskuteres hvordan noen av utfordringene kan forklares med kulturforskjeller mellom sykepleiere i sykehus og kommunehelsetjeneste. Det presenteres tre temaer som viser dette: lokal praksis går ofte utenom formelle strukturer, sykepleieres ulike perspektiver påvirker hvilke behov de vurderer at pasienter har etter sykehusopphold, og sykepleiere har

forskjellige forståelser av hva det innebærer at pasienter er utskrivningsklare (Hellesø & Fagermoen 2010). Selv om fokus på medisinske forhold naturlig nok dominerer i somatiske sykehus, hevder Hellesø og Fagermoen, med Verdens Helseorganisasjon i ryggen, at et ensidig medisinsk fokus i samhandlingen kan føre til at sosiale og psykologiske aspekter nedvurderes. På grunnlag av dette fremholdes at fokus bør flyttes fra det sykdomsorienterte, til også å handle om pasienters omsorgs- og pleiebehov (Hellesø og Fagermoen, 2010).

Melby med flere finner at innføring av elektroniske utskrivningsrapporter har gjort det mulig å overføre mer informasjon på en enklere måte, men det betyr ikke nødvendigvis at informasjonen er bedre, eller at den dekker kommunens behov for informasjon (Melby, Hellesø & Wibe 2010). En undersøkelse av samhandling mellom sykepleiere i sykehus og hjemmetjenester før og etter innføring av elektronisk pasientjournal viser at, selv om meldingene innholdsmessig ble rikere og mer systematisk gjennomført, har ikke muntlige og uformelle samhandlingsmekanismer mistet sin betydning (R. Hellesø & Lorensen 2005).

Connolly (Connolly et al. 2009) fant gjennom en fokusgruppestudie av planlegging og utskrivelse av pasienter fra sykehus, tre temaer som kjennetegner helsepersonells erfaringer:

1. Det råder motstridende press rundt utskrivelser, spesielt for pasienter med kompliserte psykososiale behov. De forventes at pasientene skal utskrives så snart den medisinske tilstanden tilsier at det er mulig, ofte før psykososiale forhold er klarert. Man strever for å få til nok fleksibilitet i systemet for å vareta disse pasientene.
2. Til tross for forståelse for nødvendigheten av at pasienter må skrives ut raskt, sympatiserte de fleste i undersøkelsen med pasienter som har komplekse behov og som risikerer å bli utskrevet for tidlig.
3. Det er knyttet store utfordringer til kommunikasjon i overføringen. Samarbeidsmøter med involverte parter rundt pasienter oppleves som fruktbart for kommunikasjonen.

(Connolly et al. 2009)

4.2.2 Standardisering og skjønn.

Dåvøy (2005) har beskrevet hvordan operasjonssykepleiere utvikler faglig skjønn og hvordan skjønn uttrykkes i praksis. Utfra Kari Martinsens forståelse av faglig skjønn understreker hun at sykepleierens skjønnsutøvelse uløselig er knyttet til pasientrelasjonen. Hverken praksis styrt av skjønnsvurderinger eller evidens kan stå på egne ben: det må balanseres mellom dem.

Kirchhoff (2010) har undersøkt hvordan sykepleiere og omsorgsarbeidere i hjemmetjeneste forholder seg til bestillerenhetens vedtak om helsehjelp og bistand. Avhengig av lokal kultur kan vedtakene oppfattes som alt fra konkrete og bindende, til mer åpne og at de tillater tilpasning. Gjennom en observasjonsstudie fikk Kirchhoff innblikk i uformelle normer som råder og som gjør det mulig å avvike fra vedtakene. Han spør om bestiller- utførermodellen har endret handlingsrommet for profesjonelles yrkesutøvelse og deres mulighet til å utøve faglig skjønn. Han hevder at modellen har brutt med den profesjonelle arbeidsprosessen, og diskuterer om det fortsatt vil foreligge grunnlag for å omtale helsehjelp som ytes i kommunene som profesjonelt arbeid, dersom muligheten til å utøve faglig skjønn utvaskes. Men flere av hjemmesykepleierne i undersøkelsen gjør egne observasjoner og vurderinger, og handler slik de mener er best i situasjonen: sykepleie ytes dels uavhengig av vedtakene.

I en undersøkelse blant sosialarbeidere finner Terum (2003) at vurderinger varierer mellom ulike kontor og mellom sosialarbeidere på samme kontor. Det enkelte kontor hadde utviklet noen felles oppfatninger, og det kunne være uenighet mellom saksbehandlerne ved samme kontor. Sosialarbeiderne kunne fatte beslutninger på dels subjektivt grunnlag. Terum advarer mot at individuelle verdier får for stor plass, da man risikerer at behandling og klientarbeid blir tilfeldig og ikke harmonerer med de forventningene vi har til likebehandling.

I en tilsvarende studie fra USA utført av Weissert (1994) undersøkes hvordan offentlige midler til helsehjelp fordeles. Weissert diskuterer at man i organisasjoner med felles standardiserte føringer, som gir sosialarbeideren tilsynelatende små muligheter til å påvirke fordeling av midler, ser betydelige forskjeller i hvordan midlene faktisk fordeles. Man spør seg hvordan dette kan være tilfelle når man skulle tro at standardene sikret likhet. Svaret er at forskjellene eksisterer fordi standardene er implementert i varierende grad. Aktørenes

etterlevelse av standardene påvirkes av organiseringen av og kulturen i, den enkelte organisasjon. Der aktørene definerer seg selv som medfølgende, og at deres oppdrag er å hjelpe de trengende, vil tilbøyeligheten til å vurdere brukeren som berettiget til å motta bistand, være større.

4.2.3 Sykepleie og ansvar.

Som omtalt i kapittel 2 inngår ivaretagelse av et ansvar i profesjonenes rolle. Olsvold (2010) har undersøkt ansvarspraksiser og sosial organisering av ansvar på sykehus. Ansvarspraksiser forklarer hun som formelle og uformelle regler, ansvarsanvisninger, prosedyrer og rutiner knyttet til roller, som regulerer forhold mellom individ og organisasjon. Dersom man vil undersøke hvordan ansvar faktisk utøves, må man studere slike ansvarspraksiser. Olsvold skiller det å *ha ansvar* og det å *ta ansvar*. Hun har funnet at sykepleieres ivaretagelse av ansvar handler om å fylle funksjoner og oppgaver knyttet til at driftsmessig kontinuitet og stabilitet, og i mindre grad om direkte, klinisk pasientarbeid. Sykepleiere skal utføre selvstendige oppgaver, samtidig som det forventes at de skal fylle en assistentfunksjon og utføre administrative oppgaver. Sykepleiere må balansere mellom pasienters individuelle behov for pleie og omsorg, og sykehuset som et medisinsk- teknologisk og byråkratisk system. Sykepleierens ansvarspraksis preges av at de tar ansvar både for pasientene og administrative føringer:

Sykepleiere har kanskje ikke så mye formelt ansvar, som de selv sier, men omstendighetene, det vi si at de er aktører med en bestemt plassering i sykehusorganisasjonen, fører til at de må ta ansvar i situasjoner der etablerte rutiner og personer svikter.

(Olsvold 2010: 266- 237)

Vestavik (2007) har undersøkt sykepleieres erfaringer når sykepleiefaglige omsorgsidealer kolliderer med utfordringer i den praktiske arbeidsdagen. Hun skriver at enkelte sykepleiere *"erfarer at de ikke makter å realisere helhetlig omsorg innenfor rammene for driften av sykehusavdelingen."* (Vestavik 2007: 2).

Wong (2004) reiser i en studie, basert på deltakende observasjoner og intervjuer, spørsmål om hva sykepleiere stilles ansvarlige for. Wong vil kunne hevde at sykepleiere stilles mer ansvarlige for at sykehuset til enhver tid har ledig kapasitet, enn for den direkte pasientpleien. Sykehussenger er blitt en økonomisk enhet som helsepersonell forvalter.

Pasienter omtales som *"bed blockers"*: de tar opp sengeplasser. Dette kommer ytterligere til uttrykk ved at sykepleiere har som oppgave å *"tømme senger"*:

Nurses are more preoccupied with the day-to-day struggle to free up resources for healthcare, in particular bed spaces, and to pre-empt the problem of bed blocking. Such work suggests that the 'emptying of beds' is not just a symbol of accomplishment for nursing work, (...). The administration of 'beds' has become part of the managerial power/ knowledge discourse and an instrument for making nurses toe the financial bottom-line.

(Wong 2004: 2)

Nortvedt (1998) omtaler sykepleie som en praksis som bæres av et moralsk ansvar for pasienten. Han hevder videre det er umulig å observere objektivt i sykepleie, fordi sykepleierens observasjon er en aktiv, innlevende og medfølende handling, som krever noe utover tekniske ferdigheter. Det kreves følsomhet og forståelse for å fange opp en pasients lidelse.

4.3 Hva trenger vi mer kunnskap om?

Eksisterende forskning viser at det er et spenningsforhold mellom på den ene siden å skulle effektivisere og sikre samhandlingen, og på den andre å skulle bedre pasientbehandling og å ivareta pasienters individuelle behov. Helsearbeidere forventes å etterleve rutiner, vedtak og retningslinjer på en fornuftig måte. Samtidig er man ikke fullstendig bundet av disse. Men etterlevelsen kan skje utfra motsetninger mellom hva systemer legger føringer for, og hva helsearbeidere selv ønsker å etterstrebe eller oppnå. Dette munner ut i spørsmål knyttet til hva helsearbeidere faktisk har og tar ansvar for. Forskingen peker på at systemene ikke alltid gir rom for den omsorgstenkningen sykepleiefaget er fundert på.

På grunnlag av dette ser jeg behov for å finne mer forskningsbasert kunnskap om hvilken plass sykepleiefaglige idealer og omsorgstenkning har og kan ha innenfor det som rutinene for samhandlingen gir rom for. Når individuelle vurderinger kan være et dilemma i skjønnsutøvelse, vil det være behov for mer kunnskap om hvilke premisser sykepleiere vektlegger, og hvordan de utfolder seg i det handlingsrommet de har til rådighet. Det vil være verdifullt å få kunnskap om sykepleieres vurderinger og rolle i spenningsforholdet mellom system og faglige idealer. Dette kan prosjektet være et tilskudd til å frembringe kunnskap om.

5 METODE

5.1 Metodevalg.

I dette kapitlet redegjør jeg for fremgangsmåte for datainnsamling, bearbeiding og fortolking av data. Dette kan gi eventuelle lesere et inntrykk av hvordan prosessen har foregått og en mulighet til å gjøre en selvstendig vurdering av prosjektets kvalitet.

Prosjektet er beskrivende, og bygger på ønsket om å få kunnskap som kan skape forståelse. Hensikten er å finne ut mer om *hvordan* ting er, ikke å forklare *hvorfor* noe er som det er. Intensjonen er å beskrive utskrivelsesprosessen for å kunne forstå den bedre. Kvalitative data kan avspeile variasjon og gir mulighet til å fordype seg i ett enkelt tema, slik hensikten er her. Kvalitativ metode ble derfor valgt som fremgangsmåte. (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge 2009; Patton 2002: 13; Polit & Beck 2008: 20-21)

Ulike forskningstradisjoner har ulike oppfatninger av hva kvalitativ metode skal være. En måte å beskrive kvalitativ forskning på er gitt av Denzin og Lincoln (2000):

"Qualitative research is a situated activity that locates the observer in the world. It consists of a set of interpretive, material practices that make the world visible. These practices transform the world" - "This means that qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or to interpret, phenomena in terms of the meanings people bring to them"
(Denzin & Lincoln 2000: 3)

Ved å studere sykepleieres beskrivelser av egne oppgaver og erfaringer, anså jeg at det ville være mulig å besvare forskningsspørsmålene. For å få kjennskap til deres opplevelser og erfaringer vil det være hensiktsmessig å la dem selv fortelle om dette: jeg valgte derfor å gjennomføre en kvalitativ intervjuundersøkelse.

5.2 Design

For å fremskaffe anvendbare data må datainnsamlingen planlegges og gjennomføres på en optimal måte, utfra tilgjengelige ressurser og forutsetninger. Løsningen ble å kombinere individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju. Hensikten med de individuelle intervjuene var å få en beskrivelse av samhandlingsprosessen utfra det sykepleiere forteller. For at

informantene både skulle kunne fortelle fritt og samtidig snakke om de temaene jeg ønsket kunnskap om, valgte jeg å gjennomføre semistrukturerte intervjuer utfra en tematisert intervjuguide (Fontana & Frey 2000; Kvale et al. 2009; Polit & Beck 2008). Deretter skulle funn fra de individuelle intervjuene presenteres for en gruppe sykepleiere for å undersøke deres refleksjoner rundt funnene. Det er altså ikke de samme sykepleierne som ble intervjuet individuelt og i gruppe. Hensikten med fokusgruppeintervjuet var å kvalitetssikre, validere og utdype sentrale temaer fra de individuelle intervjuene. Dette ville også kunne bidra til å si noe om hvor ”robuste” resultatene fra de individuelle intervjuene er (Halkier 2008; Kvale et al. 2009: 161).

Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju preget av en mindre styrende form enn tradisjonelle gruppeintervjuer. Metoden er egnet for undersøkende forskning og for å skaffe data som kan utvikle praksis. Samtalen og diskusjonen mellom informantene kan frembringe data av en annen karakter enn den man kan få gjennom f. eks individuelle intervjuer. Forskeren skal fungere som en ordstyrer som skal initiere til samtale ved å presentere diskusjonstemaene for gruppen. Utfordringen er å tilrettelegge for konstruktiv samtale, og å fange opp informantenes formuleringer og oppfordre til utdyping av dem. I fokusgrupper brukes gjerne en medhjelper: assisterende moderator, som kan observere, notere, oppsummere og fokusere samtalen (Halkier 2008; Polit & Beck 2008: 394-395). Jeg valgte å utelate bruk av medhjelper fordi det var informantenes utsagn og samtale jeg ville fange opp, noe som ble sikret gjennom opptak. I tillegg ble gruppen såpass liten at det var mulig å styre samtalen alene. Metoden kan bringe frem bakenforliggende, uuttalte normer og motiver, den kan få frem forskjellige perspektiver og synliggjøre eventuelle motsetninger. Fokusgruppeintervjuer brukes ofte i kombinasjon med andre metoder. Metodelitteratur fremholder at en kombinasjon av metoder kan øke validiteten til et prosjekt, fordi man får data fra flere perspektiver (Halkier 2008; Lerdal & Karlsson 2008; Malterud 2003; Patton 2002). Studiene til Tøien (Tøien 2009), Hanssen (H. Hanssen 2010a) og Kirchoff (Kirchhoff 2010) er eksempler på studier der man har kombinert individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Selv om de, til forskjell fra dette prosjektet, har informanter fra ulike grupper, viser de hvordan kombinasjonen har lyktes i å få fram nyanser og spenninger, noe som har gitt mulighet til å studere temaet fra flere perspektiver.

5.3 Valg av og tilgang til arena for datainnsamling.

Sykehuset som er brukt som arena for datainnsamlingen er lokalsykehus i en større by. Sykehuset ble valgt primært fordi jeg anser det som et relevant sted å rekruttere informanter. Samtidig var valget praktisk: det er min egen arbeidsplass. Fordi jeg kjenner sykehuset håpet jeg det ville være mulig å få innpass. Alle jeg henvendte meg til var imøtekommende: at jeg er ansatt ble ikke ansett som en hindring for å gjøre datainnsamlingen. Tillatelse til å gjennomføre intervjuene ble innhentet ved å sende forespørsel til sjefssykepleier, som gav overordnet tillatelse til å intervju sykepleiere (vedlegg 10). Deretter henvendte jeg meg til enhetene jeg ville rekruttere informanter fra. Enhetslederne fikk muntlig og skriftlig informasjon, og samtlige stilte seg positive (vedlegg 11).

5.4 Utvalg og rekruttering.

Målet med rekrutteringen var å skaffe informanter som både ønsket å delta og som ville kunne kaste lys over problemstillingen. Jeg ønsket derfor ikke et tilfeldig utvalg, men rekrutterte informanter gjennom strategisk utvalg (Malterud 2003: 58-60). For å få frem generelle trender rekrutterte jeg informanter fra medisinske og kirurgiske enheter. Hadde datainnsamlingen blitt gjort ved en enkelt enhet, ville intervjuene kunne bli preget av lokale forhold ved der, og overføringsverdien ville blitt mindre.

Fordi de fleste sykepleierne ved de medisinske og kirurgiske døgnetenhetene vil ha erfaringer med temaet, ville de aller fleste også være potensielle informanter. Innledningsvis opererte jeg med ett inklusjonskriterium: informantene skulle ha jobbet i minst ett år. Jeg antok at sykepleiere som har jobbet kortere enn dette har mindre erfaringer med temaet. Men rett før ett intervju framkom det at informanten ikke hadde jobbet i fullt et år. Samtidig ble det tydelig at vedkommende hadde like aktuelle erfaringer og beskrivelser som de mer erfarne kollegaene. Derfor ble kriteriet lagt bort, og intervjuet ble beholdt for ikke å utelate relevante data.

Informantene ble rekruttert ved å informere på personalmøte, tre enhetsledere foreslo kandidater, og ved to enheter henvendte jeg meg direkte til sykepleierne. Ønsket var å rekruttere 5-6 informanter til individuelle intervjuer, og 5-7 deltakere til fokusgruppen. I

fokusgrupper anbefales det å ha 4 til 10 deltakere, Malterud (2003) skriver 5-8 informanter, Polit & Beck (2008) skriver flere enn 4. Totalt fikk jeg 10 informanter: 6 individuelle og 4 til fokusgruppen. Jeg rekrutterte 5 informanter til gruppen, men én meldte avbud samme dag intervjuet fant sted. Intervjuet ble likevel gjennomført fordi jeg antok at det kunne komme frem gyldige data. Bare en informant var mann, informantene hadde jobbet fra knapt ett til 35 år, og var i alderen 25 til 58 år. Informasjon om kjønn og alder er ikke vektlagt i analysen. De individuelle informantene presenteres kort i avsnitt 5, mens fokusgruppen omtales under ett.

5.5 Gjennomføring.

Samtlige intervjuer fant sted januar- mars 2011, på møterom på sykehuset. Intervjuene ble tatt opp på to opptakere.

5.5.1 De individuelle intervjuene.

Intervjuguiden (vedlegg 12) ble utarbeidet for å kunne følge sykepleierne gjennom prosessen fra pasienter innlegges til de utskrives, med fokus på hvordan informantene forholder seg til rutiner, prinsipper og retningslinjer. Dette ble vurdert som en logisk organisering. De seks hovedtemaene i guiden var: generelle oppgaver og erfaringer, planlegging fra innleggelse, planlegging gjennom oppholdet, pasienten er utskrivningsklar, helsepersonell får ikke anbefale, og utskrivelsen. Jeg anså at der var viktigere å høre hva informantene selv kunne fortelle med egne ord, fremfor at de besvarte hvert spørsmål. Hvis de gikk bort fra temaet, eller ble usikre på hva de skulle snakke om, stilte jeg utdypende spørsmål.

For å teste intervjuguiden og det tekniske rundt intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju. Under intervjuet opplevde jeg at spørsmålene fulgte logisk på hverandre og førte til at samtalen fløt. Kun minimale endringer av intervjuguiden ble gjort etterpå. Fordi prøveintervjuet gav relevant informasjon, fikk jeg tillatelse av informanten til å inkludere intervjuet i datamaterialet. Vedkommende hadde underskrevet samtykke før intervjuet. Deretter ble de øvrige intervjuene gjennomført. Intervjuene varte 40 til 55 minutter, ble innledet med informasjon og informantene fikk mulighet til å stille spørsmål. Jeg forsikret meg om at de hadde forstått hva intervjuene skulle handle om og at samtykket var

underskrevet. De fleste snakket fritt når de ble presentert for temaene og de begynte å snakke om neste tema før de var spurt om det. Dette skyldtes sannsynligvis at intervjuguiden fulgte forløpet kronologisk. For å få beskrevet hendelser og situasjoner, ble informantene bedt om å gi konkrete eksempler underveis (Malterud 2003: 130).

5.5.2 Fokusgruppeintervjuet.

Utfra en foreløpig analyse av de individuelle intervjuene utarbeidet jeg en veiledende intervjuguide til fokusgruppeintervjuet (vedlegg 13). Særlig tok jeg utgangspunkt i situasjoner som fremstod som problematiske, for å undersøke om de var gjenkjennbare. Temaene i intervjuguiden var: sykepleiernes hovedoppgaver, å skrive ut pasienter hvis man er uenig eller når det råder uenighet rundt utskrivelsen, å måtte skrive ut pasienter til for lavt omsorgsnivå, å påvirke utskrivelser, og sykepleieres muligheter til å formidle og uttrykke sin mening. For å konkretisere temaene fikk gruppen presentert sitater fra de individuelle intervjuene. Intervjuet varte omtrent 70 minutter. Det varierte hvor aktive informantene var, men alle snakket sammen og de utvekslet og sammenliknet erfaringer. Gruppens størrelse, samt at jeg ikke brukte assistent, kan gi grunnlag for å diskutere om intervjuet kan kalles fokusgruppeintervju eller vanlig gruppeintervju. Men jeg tilstrebet å legge det så nær fokusgruppeformen som mulig, og data er behandlet som et fokusgruppeintervju.

5.6 Analyse.

Jeg vil redegjøre for prosessen for å gå fra datamateriale til diskusjon, fordi: *“Only when the researcher can identify the systematic procedure that has been followed in this process, can it be shared with other.”* (Malterud 2003: 31). Analysen baserer seg på det Kvale kaller meningsfortolking (2009: 208). Analysen skal bidra til å finne den mening datamaterialet kan tilføre problemstillingen. Mening er ikke noe informantene ”har” som de overleverte til meg: mening oppstår i samhandling mellom informant og intervjuer. Det videre utgangspunktet for analysen er det Kvale omtaler som meningsfortetting (2009: 212-123). I møte med det fortettede materialet ble det mulig å få et helhetlig overblikk av data. Når jeg refererer til at noe er meningsbærende, betyr det meningsbærende for tema og problemstilling (Kvale et al. 2009: 198).

Analysen er strukturert for å følge sykepleierne fra innleggelse til utskrivelse, på tilsvarende måte som intervjuguiden for de individuelle intervjuene. Analysen er empirisk, og teoretisk tilnærming settes i sving først i diskusjonen når meningsbærende temaer er analysert frem. Samtidig har analysen pågått fra begynnelsen av datainnsamlingen, fordi jeg fortløpende har gjort meg tanker om det jeg har hørt.

5.6.1 De individuelle intervjuene.

Størstedelen av datamaterialet er fra de individuelle intervjuene. Etter intervjuene satt jeg igjen med omtrent 7 timer lydopptak. For å gjøre det mulig å analysere opptakene, valgte jeg å gjøre en verbatim transkribering med normalisering til skriftlig språk (Halcomb & Davidson 2006). Muntlige uttrykk som "æh" og "sånn", ble ikke transkribert med mindre de ble vurdert å tilføre utsagnet mening. Forøvrig tilstrebet jeg å transkribere så ordrett som mulig. Det er innholdet i intervjuene, og ikke teksten, som er analyseobjektet, men teksten er formidler av mening (Ryan & Bernard 2000). I den empiriske presentasjonen siteres transkribert tekst for å understøtte argumentasjon, eller for å eksemplifisere temaer. Fordi hensikten ikke er språkanalyse, tillot jeg meg å gjøre små språklige endringer for å tilføre sitatene mer flyt. Sitatene er gjengitt slik det er sannsynlig at informanten hadde likt å lese dem.

Hele det transkriberte materialet ble omfattende å forholde seg til. Jeg valgte derfor å omskrive hvert intervju til en fortettet fortelling. Hver fortelling er en sammenfatning av transkriberingen, utfra tendensene i hvordan informantene forholdt seg, og meningsbærende eksempler og historier. Selv om de fortattede intervjuene omtales som fortellinger, må det presiseres at det ikke er gjennomført narrativ analyse. Samtidig vil det være slik at erfaring formidles gjennom narrativer: *"When we communicate our experiences to each other we do so by storying them"* (Gubrium & Holstein 2003: 35). Deretter ble hver fortelling gjennomlest flere ganger. Jeg forsøkte å bli "kjent med" hver enkelt informant. Informantene fikk hvert sitt kallenavn for å skille dem fra hverandre:

Anne: har jobbet som sykepleier i 13 år og er en av de mer erfarne sykepleierne som ble intervjuet. Hun viste høyt engasjement, men fremstod som noe pessimistisk på sykepleiernes vegne og formidlet en opplevelse av at sykepleiere har lite å si. Hennes beskrivelser var rike og levende, hun er derfor ofte sitert.

Berit: har vært sykepleier i halvannet år, men hun har studert og arbeidet med andre ting før hun valgte å bli sykepleier. I hennes beskrivelser var sykepleieres ansvar for å informere pasienter og pårørende tydelig.

Christian: har jobbet som sykepleier i to og et halvt år. Han fremstod som handlekraftig og positiv, og gav uttrykk for at det er viktig at sykepleiere bidrar til at pasienter raskt kan utskrives slik at sykehuset kan ivareta ansvaret som somatisk akuttinstitusjon.

Dina: har jobbet som sykepleier i 35 år og er den mest erfarne sykepleieren. Hun fremstod som trygg på seg selv og sine meninger, og hun brenner for arbeidet med demente.

Else: har jobbet i fire og et halvt år. Hun er jevnt over fornøyd med sykehusets praksis, og opplever at rutinene og retningslinjene fungerer hensiktsmessig. Utfordringene ligger i samarbeidet med kommunen.

Fanny: den yngste informanten, hadde jobbet knapt ett år. Hun fremholdt tradisjonelle idealer om hva en sykepleier skal være. Samtidig kunne sitte igjen med dårlig samvittighet hvis hun ikke lyktes å etterleve idealene slik hun ønsket.

Når jeg så satt med fortellingene foran meg, stilte jeg forskningsspørsmålene til materialet. Det er svarene på disse spørsmålene har jeg tolket frem. For å markere momenter som kunne svare på spørsmålene, ble stikkord notert og beskrivende sitater ble understreket. Deretter ble stikkordene fra alle intervjuene samlet, tematisert og organisert. På neste side vises eksempler på de tre skrittene:

TABELL 2:

TRANSKRIBERT TEKST:	FORTETTET TEKST:	MENINGSBÆRENDE TEMA:
<i>Ofte er det jo med pasienter som du skal sende hjem, i forhold til at man har avtalt at hjemmesykepleien skal komme hjem til dem på et visst tidspunkt, det er veldig vanskelig av og til å føle seg trygg på at de får den oppfølgingen du føler at de har behov for hjemme, fordi du vet at i hverdagen er det veldig mange forskjellige innom (...). Du vet at det er mange som er innom, og det er mange ufaglærte, praktisk bistand skal ha ansvar for ernæring: hva er det de gjør da? De skjærer stykker brød, så lar de det stå, også varmer de mat, lar den kanskje stå i mikrobølgeovnen, så er det ingen som sjekker om det blir spist: det er ingen som sitter der mens de spiser.</i>	Noen ganger når Dina sender pasienter hjem og har avtalt med hjemmesykepleien, føler hun seg ikke trygg på at pasienten får oppfølgingen han trenger. Det er vanskelig å stole på det som skjer videre, fordi det er mange forskjellige innom, og mange ufaglærte. De kan sette frem mat uten å sjekke om den blir spist, og uten å ta tak i pasientens ernæringsproblem.	Det kan være vanskelig å skrive ut pasienter til et tilbud man ikke stoler på er godt nok. Sykepleiere har ikke alltid tillit til at hjemmetjenesten kan følge opp pasienten.
<i>Ja, crp er synkende, vi kan gå fra antibiotika intravenøst til tabletter" - Da begynner de å bli utskrivningsklare, "Ja, så tar vi ut kateteret i dag, så kan han reise hjem i morgen", Det er på det nivået: DA er han utskrivningsklar: fra en dag til en annen, det hjelper ikke så mye at vi sier at han kan fortsatt ikke stå på beina: "Ja, da må han opp og gå". Så her igjen; det er legen som bestemmer, det er ikke vi som bestemmer."</i>	Anne kan oppleve at legens beslutning om at en pasient er utskrivningsklar kommer fort. Beslutningen baseres på medisinske forhold, legen tar lite hensyn til pasientens fungering. Hun når ikke alltid frem når hun prøver å forklare at pasienten ikke fungerer. Hun må gjøre som hun får beskjed om.	Beslutning om at pasienten er utskrivningsklar kan fattes for raskt, basert på medisinsk informasjon. Sykepleiere opplever ikke alltid å nå frem med informasjon om hvordan pasienten fungerer. Å bare måtte gjøre som man får beskjed om.

5.6.2 Fokusgruppeintervjuet.

På dette stadiet i analysen ble fokusgruppeintervjuet gjennomført, med utgangspunkt i de temaene som forelå. Analysen av fokusgruppeintervjuet hadde en annen hensikt og fikk en annen form enn analysen av de individuelle intervjuene. På samme måte som med de individuelle intervjuene gikk jeg fra lyd til tekst ved å transkribere intervjuet, men kun det som kunne utdype, nyansere eller avkrefte funnene fra de individuelle intervjuene, ble transkribert. Informantene i gruppen er ikke skilt fra hverandre med kallenavn, da jeg ikke var ute etter individuelle forskjeller. Deretter ble funnene fra fokusgruppeintervjuet "bakt" sammen med analysen av de individuelle intervjuene. Hovedverdien med data fra fokusgruppen var at det bidro til å rendyrke og spisse temaene. Det ble mulig å se hva som måtte skrives frem tydeligere, mens andre temaer kunne tones ned eller utgå. I diskusjonen trekkes teoretiske tilnærminger og aktuell forskning inn for å utdype og understøtte argumenter, og for å se hva det empiriske materialet kan tilføre av mening og forståelse til problemstillingen.

Så langt ligger analysen inntil det Fangen (Fangen 2010: 178-183) omtaler som "førstegradsfortolking". Dette innebærer en bearbeidelse av materialet som ligger nært til informantenes egne beskrivelser, uten at det betraktes gjennom teoretiske begreper og perspektiver. I empirikapitlet går analysen over i en andregradsfortolking, som innebærer at de meningsbærende temaene beskrives med mine egne ord, og jeg forsøker å forstå hvilken betydning som ligger i det informantene har sagt. Samtidig er presentasjonen i seg selv en del av analysen, fordi temaene er skrevet frem og bearbeidet gjennom skriveprosessen. I siste del av analysen: diskusjonen, ligger analysen hovedsaklig på et andregradsnivå, men den går også over i tredjegradsfortolking, noe som betyr at jeg har en mer kritisk tilnærming.

5.7 Vurdering av prosjektets kvalitet.

Gjennom vitenskapelig kunnskap søker man å kunne uttale seg om sammenhenger eller fenomener utover det konkrete som er undersøkt. For å kunne gjøre det på et solid grunnlag, må kunnskapen være fremskaffet på en forsvarlig måte. For at prosjektet skal ha en akseptabel grad av troverdighet kreves en kritisk tilnærming og refleksjon. Troverdigheten, som omfatter hele prosjektet, forutsetter at data som er fremskaffet er

pålitelige, gyldige og overførbare (Malterud 2003) Jeg vil derfor evaluere hvordan ulike sider ved datainnsamlingen og analyse kan ha påvirket prosjektets resultater og troverdighet.

5.7.1 Kvalitet i metodevalg, datainnsamling, analyse og diskusjon.

Et hensiktsmessig metodevalg er en forutsetning for å gi prosjektet en forsvarlig kvalitet. Selv om jeg anser at den valgte metoden er best egnet for å innhente den typen data jeg har søkt, vil metoden uansett ha positive og negative konsekvenser. Gjennom intervjuene kan jeg har fått vite mer om hva sykepleiere *sier* at de gjør, enn hva de *faktisk gjør*. Hva informantene har valgt å fortelle, eller om de har forsøkt å fremstille seg selv på en bestemt måte, er det vanskelig å ta høyde for. Alternativt metodevalg for å omgå dette kunne være observasjon. Da kunne jeg har undersøkt hva informantene faktisk gjør, eller om det er sammenheng mellom ord og handling. Samtidig hadde refleksjonsaspektet gått tapt.

Fordi flere retningslinjer og forskrifter er felles for hele landet har flere sykehus utviklet liknende forløp. Dette gir grunn til å anta at sykepleieres situasjon ved denne arenaen kan likne andre sykehus. Dette bidrar til aktualitet og overføringsverdi. Samtidig er det lokale forhold ved dette sykehuset som skiller det fra andre, for eksempel de store utfordringene knyttet til mange utskrivningsklare pasienter. Dette tilsier at prosjektet ikke automatisk er overførbart til andre steder. Forhold kan også være annerledes ved større sykehus, eller i kommuner med en annen befolkningssammensetning.

En risiko ved strategisk utvalg er at utvalget blir homogent, ved at bare en "type" personer sier seg villig til delta (Polit & Beck: 340, 354-357). Dette kan være de mest taleføre, eller de som er spesielt interessert i tematikken. Faren er at potensielle informanter som kan ha relevante refleksjoner og erfaringer ikke deltar. Der enhetsledere selv foreslo personer jeg kunne spørre, har jeg risikert at de har valgt noen som er enige med seg, eller har en tilsvarende vinkling. Samtidig anser jeg at de informantene som faktisk har deltatt er pålitelige og relevante.

For å kunne stole på data må datainnsamlingen være gjennomført slik at data er pålitelig. Jeg opplevde at informantene forstod spørsmålene, og hvis de var usikre spurte de. Lydkvaliteten i opptakene ble god i både individuelle intervjuer og fokusgruppen, og de lot

seg greit transkribere. Jeg anser å ha fått data som handler om temaet og som er gyldige i sammenhengen.

Selv om data er troverdige vil prosjektets kvalitet også hvile på hvordan data er analysert og behandlet. Diskusjonen kan for eksempel ha dreiet bort fra problemstillingen. Så langt jeg kan se er den valgte teoretiske tilnærmingen aktuell for problemstillingen, men dersom teorier eller begreper har vært anvendt feilaktig vil det være vanskelig å ha tillit til resultatene.

5.7.2 Refleksjon rundt egen rolle.

Validitet og kvalitet avhenger av forskeren som et instrument for datainnsamlingen. Jeg vil derfor kritisk reflektere over hvordan min rolle kan ha påvirket prosjektet. Dette innebærer en erkjennelse av at jeg som forsker utgjør en del av fenomenet som undersøkes (Polit & Beck 2008: 201). Jeg må ta et par skritt tilbake og forsøke å se hvordan jeg har påvirket og blitt påvirket underveis (Malterud 2003).

I kvalitativ forskning er forskerens objektivitet verken mulig, eller nødvendigvis ønskelig: *"neutrality is not figured to be necessary or achievable."* (Patton 1999: 48). Jeg ønsket å bli bedre kjent med en praksis jeg selv er en del av. Det er derfor umulig for meg å ikke ha et visst innenfra-perspektiv. Et eksempel på dette er at jeg oppdaget, da jeg hørte intervjuopptakene, at jeg ofte brukte "vi-form" når jeg stilte spørsmål. Dette viser at jeg ubevisst stilte meg på samme side som informantene. En fordel ved dette er at informantene kan ha opplevd at jeg forstår dem, og det kan ha redusert distansen mellom meg og dem. En ulempe kan være at de har trodd at jeg forstår mer enn jeg har gjort, og at de dermed ikke eksplisitt har fortalt alt som er relevant. I tillegg kan jeg ha blitt så involvert i tematikken at det har vært vanskelig å løfte blikket og se på datamaterialet med nye øyne (Gubrium & Holstein 2003: 31). Selv om jeg forsøkte å holde egne erfaringer på avstand under intervjuene, har jeg lyktes i varierende grad. Men noen ganger når jeg refererte til egen erfaring, hadde det en positiv effekt ved at informantene ofte fortalte mer og kom med flere eksempler.

Det var knyttet noen utfordringer til min rolle som ansatt ved sykehuset. Andre sykehus kunne ha vært ha valgt som arena. Jeg hadde da unngått de dilemmaer og risikoen for bias som jeg har utsatt prosjektet for ved å gjøre datainnsamling på egen arbeidsplass. Min nærhet til arenaen kan ha gjort det vanskelig for meg å ha en kritisk refleksjon (Malterud 1993, 2003). Men selv om dette har vært utfordrende, har det også hatt sine fordeler. I ettertid tror jeg at min kjennskap til arenaen førte til at det jeg kunne stille relevante og forståelige spørsmål, som henger sammen med informantenes erfaringer. Dette kan ha bidratt til å gjøre prosjektet rotfestet i den praktiske hverdagen. At sykehusledelsen var positiv til prosjektet og ikke anså min relasjon til sykehuset som problematisk, var betryggende. Jeg har ikke mottatt noe økonomisk støtte og prosjektet er gjennomført på eget initiativ.

5.8 Ethiske vurderinger.

Prosjektet ble registrert i Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), (vedlegg 14). Fordi informantene er helsepersonell og det ikke skulle innhentes pasient- eller helseopplysninger, krevdes ikke samtykke fra Regional Etisk Komité for å gjennomføre datainnsamlingen (vedlegg 15). Forskningsutvalget ved sykehuset informerte om at det ikke var nødvendig med deres tillatelse til å gjennomføre studien fordi den ikke inkluderer pasienter (vedlegg 16).

5.8.1 Informasjon og samtykke.

Alle informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon og hver enkelt gav skriftlig samtykke til å delta. I fokusgruppen inneholdt det skriftlige samtykket en klausul om at alt som ble sagt i gruppen er konfidensielt. Informantene fikk mulighet til å trekke seg om og når de måtte ønske det (vedlegg 17 og 18).

5.8.2 Anonymitet og konfidensialitet.

Jeg har tilstrebet å anonymisere sykehuset ved å slette og endre informasjon som kan henvise til arenaen, inkludert informasjon i vedlegg. Hensikten med anonymiseringen er å holde fokus på tematikken og ikke på det konkrete sykehuset. Anonymiseringen vil også

kunne øke informantenes konfidensialitet (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2010; Ruyter, Solbakk & Førde 2007). Jeg har tilstrebet å anonymisere informantene ved at det både er samlet og presentert lite informasjon om dem: kun navn, alder, hvor lenge de har jobbet og hvilken enhet de jobber ved er registrert. Deres konfidensialitet er ivaretatt ved at informasjon og sitater er omskrevet. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne noen personer i teksten. Samtidig eksisterer det en viss gjenkjennelsesfare, avhengig av hvem som leser rapporten. Fordi det er få informanter vil det være det mulig for lesere å gjenkjenne dem dersom man forstår hvilken enhet den enkelte informant er fra. Derfor har jeg tilstrebet å skjule hva slags enhet den enkelte jobber ved, ved å ikke gjengi diagnoser.

Noen av informantene uttrykte nervøsitet før intervjuet. Jeg forsøkte å ha en uformell form og å være imøtekommende for å dempe eventuelt ubehag. Jeg presisere at det ikke finnes riktige eller gale svar. Pr. i dag ser jeg ikke at deltakelse vil kunne utgjøre store ulemper for informantene. Noen sa i etterkant at intervjuet ble en positiv erfaring. Jeg har tilstrebet åpenhet om prosessen fra begynnelse til slutt, men den enkelte leser må vurdere hvorvidt jeg har lyktes, uansett hviler ansvaret for prosjektet i helhet på meg.

6 EMPIRISK DEL: Presentasjon av funn.

6.1 Fakta om sykehuset.

For å gi et innblikk i konteksten sykepleierne arbeider i presenteres noen fakta om sykehuset. Tallene er hentet fra sykehusets økonomiavdeling. I 2010 hadde sykehuset 55 320 liggedøgn. Snittalderen på pasientene var 67 år. 18 % av pasientene ble utskrevet til hjemmesykepleie. Sykehuset har, som nevnt, hatt utfordringer grunnet utskrivningsklare pasienter. Andelen utskrivningsklare som ventet på tilbud fra kommunen, hovedsakelig sykehjem, utgjorde ca. 21 % av antall liggedøgn i 2010. Dette er betydelig mer enn for sammenliknbare sykehus.

Reinnleggelser er et annet tema informantene tok opp. Selv om antallet reinnleggelser ved sykehuset ikke er så høyt omtaler flere av sykepleierne dette som et problem. Reinnleggelser defineres som pasienter som kommer tilbake til sykehuset inntil 30 dager etter utskrivelse. I 2010 var 52 pasienter reinnlagt 3. dag etter utskrivelse, hvorav 18 kom inn med samme hoveddiagnose. Innen 14. dag var 219 pasienter reinnlagt, hvorav 57 med samme hoveddiagnose, og etter 30. dag var totalt 318 reinnlagt, 80 med samme hoveddiagnose. 25 % av de som ble reinnlagt 30 dager etter utskrivelse, kom inn med samme hoveddiagnose. Definisjonen er ikke optimal fordi den inkluderer pasienter som reinnlegges med samme hoveddiagnose, og en del av disse er pasienter til elektive innleggelser, som for eksempel ved periodevis behandling.

6.2 Gangen i presentasjonen

Gjennom en empirisk presentasjon i fire deler følges sykepleierne fra pasienten innlegges til han skrives ut. Presentasjonen baseres på sykepleiernes beskrivelser av sine handlinger, erfaringer og opplevde utfordringer. I første del redegjøres det innledningsvis for et tema som fremstår som bærende for sykepleiernes tilnærming: deres nærhet til pasienten. Deretter vises hvordan sykepleierne forholder seg til, og hva det innebærer for dem å planlegge utskrivelser fra innleggelse frem til A- melding sendes bestillerkontoret. I andre del beskrives hvordan sykepleierne kontinuerlig justerer sin forståelse av pasienten, hvordan de

påvirkes av og forholder seg til forventninger om at pasienten raskt bør skrives ut, samt hvordan de samarbeider med pårørende og kommune. I tredje del vises hvordan sykepleierne forsøker å gjøre sin forståelse gjeldende i beslutninger når sykehusoppholdet går mot slutten, og fjerde del tar for seg sykepleierens oppgaver og dilemmaer knyttet til selve utskrivelsen.

6.3 Planlegging av utskrivelsen begynner.

6.3.1 Pasienten ankommer.

Når en pasient innlegges kommer han først til Mottakelsen. Pasienten undersøkes, det settes en foreløpig diagnose og det planlegges hva som skal skje av innledende undersøkelser og behandling. Deretter meldes pasienten til den sengeposten han skal til. Lege og sykepleier i Mottakelsen skriver innleggelsesnotater, der sykepleierens notat bygger på de samme funksjonsområdene som i den øvrige sykepleiedokumentasjonen (vedlegg 3). Deretter flyttes pasienten til sengeposten der sykepleierne som ble intervjuet tar i mot ham.

Flere sykepleiere fortalte hvordan prinsippet om at de skal "planlegge fra dag 1" påvirker deres møte med pasienten. Berit har opplevd at hun må påta seg en rolle hun tror pasientene ikke forventer å møte når de innlegges. Hun tror pasienten forventer å bli møtt med tid og åpne armer, mens han i realiteten møtes med forventninger om at han vil bli utskrevet så fort som mulig:

Jeg må jo sette meg opp som en autoritet, mer enn den åpne favnen. Det er jo ikke det pasienten vil høre første dagen: at vi skal planlegge utreisen. Man må manne seg opp litt og fortelle at "sånn er det".

6.3.2 Sykepleierne står pasienten nærmest.

Et gjennomgående tema i sykepleiernes beskrivelser var den betydningen de opplever at deres nærhet til pasientene har. Flere fortalte at de gjør sine betraktninger og vurderinger utfra sin nærhet til pasienten. Nærheten preger hvordan de fremstiller sykepleiernes perspektiv og danner grunnlag for hvordan de forholder seg gjennom prosessen. Fordi sykepleierne arbeider nær pasienten har de en unik mulighet til å observere og bli kjent med

ham. Blant andre Anne tror at nærheten bidrar til at sykepleiere generelt er dyktige til å observere, og at de oppfatter sitt bilde av pasienten som reelt og troverdig:

Jeg tror ikke vi undervurderer pasienten, vi ser ham den tiden han er på sykehuset og er så tett opp i ham, så jeg tror beskrivelsen vi får er ganske reell. Jeg synes kommunen i større grad bør høre på sykehuset, og særlig sykepleierne som er hos pasienten hele tiden.

Her formidler Anne at nærheten setter sykepleierne i en særstilling som skiller deres perspektiv fra øvrige aktørers. I fokusgruppen ble det understreket at sykepleiere vektlegger noe utover medisinske forhold: hvordan pasienten faktisk fungerer er vel så viktig:

Det er jo vi som sykepleiere som ser pasienten nærmest, og det er ikke alltid diagnosen som sier noe om hvordan han fungerer.

Nærheten gjør at sykepleierne opplever seg som berettiget til å uttale seg, og at deres vurderinger bør høres i samhandlingen. Samtidig kan de berøres av nærheten til pasienten. I fokusgruppen ble det uttalt:

Når du har vært her hver eneste dag i en uke, og du har sett at pasienten ikke klarer seg, da vil du vil at vurderingene dine skal bli tatt på alvor!

6.3.3 Å planlegge er å innhente informasjon.

Sykepleierne forbereder seg allerede fra det øyeblikket de får beskjed om at pasienten skal komme ved at de begynner å samle informasjon. Fordi de har tilgang til å lese notatene fra mottakelsen, kan de få informasjon om pasientens tilstand ved innleggelsestidspunktet. Det første Christian gjør er derfor å lese om pasienten i journalen: *"Jeg får meldt pasienten og har mulighet til å lese litt om ham"*. Når Dina leser om pasientens forhistorie og aktuelle situasjon får hun *"et bilde, en tanke, om hvordan utviklingen kommer til å bli"*.

Å innhente informasjon fremstår som en forutsetning for at sykepleieren skal kunne planlegge og legge et grunnlag for en vellykket utskrivelse. Kontinuerlig innhenting av informasjon omtales som en av sykepleiernes sentrale oppgaver. Dina sa: *"Å planlegge utskrivelsen er jo det samme som å innhente opplysninger og gjøre en kartlegging."* I fokusgruppen ble det hevdet: *"Vi er de som har mye informasjon, informasjon som er viktig å bringe videre."* Ved å si at sykepleierne *"har"* informasjonen antyder vedkommende at sykepleierne utvikler et eierforhold til informasjonen.

Den akutte innleggelsesårsaken står i fokus det første døgnet. Men selv om pasientens tilstand tilsier at Dina ikke umiddelbart kan gjøre så mye for utskrivelsen, hindrer det henne ikke fra å samle informasjon med utskrivelsen for øyet. Hun vet at informasjonen vil bli nyttig på et senere tidspunkt:

Noen ganger må vi vente noen dager og se an situasjonen medisinsk før vi kan begynne å planlegge. Men i løpet av den tiden må du jo innhente opplysninger så du har noe å vurdere utskrivelsen ut ifra. Hva slags type hjelp kan han trenge?

Sykepleierne brukte ofte ordet *kartlegging* synonymt med innhenting av informasjon. Fanny fortalte at sykepleierne på hennes enhet bruker standardiserte verktøy for å kartlegge pasientenes funksjon. Gjennom verktøyene får hun konkret og systematisk informasjon som bidrar til å kunne se en retning for hva som skal skje: er pasienten kandidat for rehabilitering eller for sykehjem?

"Det du ser utenfra: observasjoner."

Observasjon var et gjennomgående begrep i sykepleiernes beskrivelse av hvordan de innhenter informasjon. Ved å se på pasienten med egne øyne får de mye informasjon. Anne sa: *"Det er observasjonene våre som er viktig. Du må jo bare beskrive så godt du kan det du ser og opplever"*. Observasjon innebærer for henne å vurdere pasientens fysiske ytre. Hun får da et helhetsinntrykk av pasientens fungering og tilstand:

Det er jo helhetsinntrykket: hvordan han er stelt og hvordan han ser ut. Der fysiske: negler hår, tenner. Mye går på det du ser utenfra: rett og slett observasjoner.

Ved å observere får sykepleierne en forståelse av hvordan pasienten vil kunne håndtere en hjemmetilværelse. Anne danner seg raskt, nærmest intuitivt, en oppfatning av hvor mye bistand pasienten vil trenge utfra det hun ser. Utfra dette begynner umiddelbart å gjøre seg tanker om en kommende utskrivelse: *"Man kan tydelig se at: ok, her må han ha mer hjelp hjemme eller sykehjem. Det klarer man å se ganske fort."*

Man må snakke med pasienten.

Det er flere likhetstrekk i sykepleiernes beskrivelser av hvordan de samler informasjon om pasienten. I tillegg til å observere, får de informasjon ved å snakke med pasienten. Christian presiserte at han forsøker å ha innkomstsamtale med pasientene, og hans beskrivelse er betegnende for hvordan flere av sykepleierne forholder seg:

Sånn jeg prøver å gjøre det når jeg tar i mot en pasient er at jeg prøver å få tatt en anamnese ved å intervju pasienten. Da kan jeg kartlegge hvordan ting har fungert hjemme, og jeg får utsikter for hvordan oppholdet kan bli. Det peker på hva som skal skje etterpå.

Anne fortalte også at hun *"gjør en anamnese"* ut fra funksjonsområdene. Ut fra funksjonsområdene veiledes sykepleierne i hvilke temaer de skal samle informasjon om. Når Else tar i mot pasienten spør hun vedkommende om hva som er annerledes nå i forhold til hvordan han vanligvis har det, og om han selv synes han har behov for bistand. For virkelig å forstå hvordan pasienten har det skaffer Berit ytterligere informasjon om pasientens boforhold: hun spør om pasienten bor i hus eller leilighet? Er det trapper? Bor han alene? Også Dina spør om hjemmesituasjonen fordi hun må finne ut hvordan det har vært og *"hva pasienten selv mener og hvordan han synes det fungerer."* Kommer pasienten hjemmefra spør sykepleierne om hvordan han har fungert den siste tiden. Mottar han hjelp fra kommunen spør de om hva slags og hvordan det fungerer. Allerede fra starten er sykepleierne målrettet når de innhenter informasjon som vil være av betydning når bestillerenheten senere skal vurdere pasienten.

Informasjon fra pårørende er viktig.

Pårørende kan ha informasjon av avgjørende betydning for utskrivelsen, og de spiller en rolle sykepleierne må regne med. Christian fortalte at: *"Vi har veldig god nytte av deres syn på saken for å se helheten."* Så tidlig som mulig snakker sykepleierne med pårørende, enten pårørende følger med ved innleggelsen, eller om det skjer via telefon. Pårørende kan være ivrige og pågående for å formidle sin oppfatning av pasientens situasjon. Dina erfaring er at hun ofte slipper å etterspørre informasjon fra pårørende fordi de kommer *"automatisk og forteller."*

Dersom pasienten ikke kan gjøre rede for seg selv, kan pårørende gi informasjon sykepleieren ikke kan få på annen måte. Eventuelt nyanserer pårørende inntrykket pasienten har gitt. Noen ganger er det fra pårørende man får vite hvordan pasienten faktisk fungerer, slik Else uttalte: *"Pårørende er jo ressurser, fra dem får vi virkelig vite hvordan pasienten har det hjemme."* Informasjon fra pårørende handler i stor grad om pasientens sosiale situasjon, og kan gi sykepleierne et mer helhetlig bilde av pasientens tilværelse. Men noen ganger kan informasjon fra pasient og pårørende være motstridende: de kan ha ulike oppfatninger av hvordan pasienten fungerer og hva slags bistand han trenger. Noen pasienter bagatelliserer sine behov. Dina fortalte at de for eksempel kan si: *"Jo, det går jo så greit, jeg har jo datteren min, og jeg har jo sønnen min, og de ordner opp."* Men pårørende kan være slitne, eller mangle ressurser til å stille opp. I slike situasjoner kan sykepleierne bli usikre på om de skal stole på pasientens eller pårørendes oppfatning.

6.3.4 "Jeg får et bilde av pasienten ganske tidlig."

Sykepleierne vurderer fortløpende informasjonen de innhenter det første døgnet. Ved å vurdere informasjonen får de en forståelse som gjør det mulig å se en retning for hva som bør skje: kan pasienten klare seg hjemme, eller er han kandidat for sykehjem? Ut fra informasjonen danner de seg et helhetsbilde av pasientens tilstand og situasjon, og de får en oppfatning av hva som vil være det beste for ham. Dette helhetsbildet legger sykepleierne til grunn for hvordan de vurderer og handler gjennom resten av sykehusoppholdet. Dina sa:

Det heter jo det at man skal begynne å tenke på utskrivelsen tidlig. Jeg får jo et bilde av pasienten ganske tidlig og en tanke om hvordan utviklingen kommer til å bli.

Anne hadde en tilsvarende oppfatning: *"Det viser seg ganske fort om dette ikke kan gå og om pasienten vil trenge mer hjelp etter utskrivelsen."* Sykepleierne bruker sin erfaring og kunnskap når de betrakter helhetsbildet for å vurdere hva som bør skje. Betraktingen av bildet handler delvis om å se bakover: sykepleierne får informasjon om forhold før innleggelsen. Deretter vendes blikket fremover: Hva slags bistand vil pasienten trenge?

6.3.5 "Jeg ser for meg hvordan de kan få det hjemme."

Samtlige sykepleiere som ble intervjuet ser for seg for seg hvordan pasienten vil kunne få det hjemme etter utskrivelsen når de betrakter helhetsbildet. Men selv om de forholder seg til liknende bilder, varierer det *hvordan* de vurderer når de betrakter bildene. Både Fanny, Dina og Christian så for seg pasienten sittende i en stol alene hjemme, avbrutt av besøk fra hjemmesykepleien, men de forholdt seg forskjellig til det de så. Fanny tok utgangspunkt i en opplevd situasjon:

F: En pasient fortalte meg om søsteren sin som satt alene hele dagen. Hjemmesykepleien kom tre ganger om dagen. De fulgte henne til en stol, så ble hun sittende der å se tv, hun var redd. Hvis hun måtte på toalettet måtte hun bare gjøre fra seg der og da. Pasienten tenkte at det ville bli hennes skjebne hvis hun reiste hjem. Det er ekkelt å tenke på at de har sånne tanker. Det går litt inn på deg...

J: Er det det du tenker på- hvordan de får det hjemme?

F: Selvfølgelig. Når jeg ser de skralleste tenker jeg sånn: "Hvordan skal dette gå?" Jeg ser for meg hvordan de kan få det hjemme. Du ser for deg at de blir sittende i en stol store deler av dagen, med hjemmesykepleien som kommer tre ganger om dagen og hjelper dem.

Fanny ser situasjonen levende for seg, og tankene hun får kan være vanskelige å forholde seg til. Bildet vekker engasjement og følelser som gjør det nærmest umulig for henne å distansere seg. I dette tilfellet fortalte bildet henne at pasienten ikke bør komme hjem, men få sykehjemsplass. Hvis Fanny på tross av dette må sende pasienten hjem, sa hun:

Da blir jeg sint. Det er vanskelig for meg å forestille meg at pasienten skal klare seg hjemme og ha et verdig liv. Hvordan skal han kunne ta vare på seg selv hjemme når han knapt klarer å ta vare på seg selv med så mye oppfølging som vi gir her?

Dina reflekterte også rundt en opplevd situasjon: en funksjonshemmet pasient som selv ønsket å reise hjem, men som levde under miserable forhold. Selv om Dina syntes at vedkommende burde ta i mot mye bistand, ønsket ikke pasienten det:

Jeg har vært borti en pasient som bor under vanvittige forhold, men som bestemmer seg for å bo der. Så lenge pasienten har samtykkekompetanse kan vi ikke nekte dem det, men det er ikke lett.

Til tross for at Dina synes situasjonen var vanskelig kunne hun ikke overstyre hva som skulle skje fordi pasienten var samtykkekompetent og innforstått med konsekvensene av valget sitt. At Dina synes pasienten lever i en forferdelig situasjon, kan ikke rettferdiggjøre at man

”overkjører” vedkommende. Christian derimot, synes bildet han så var relativt uproblematisk å forholde seg til og det vekket ikke så mange reaksjoner. For ham er det viktig å støtte opp om at kommunen har ansvaret for pasienten. Fokuset er at det er viktig å forsøke å få pasienten til å fungere hjemme:

Jeg ser for meg at pasienten kanskje kan sitte oppe i stolen noen timer, og klare seg med hjelp til morgenstell og kveldsstell, pluss, pluss. Da får vi prøve det.

I fokusgruppen kom det fram at sykepleiernes vurderinger og reaksjoner når de betrakter helhetsbildet kan forsterkes av deres erfaringer. Erfaringene kan gjøre det vanskelig å trøste seg med at det sikkert går fint med pasienten, fordi de kan ha erfart at det slett ikke alltid går bra. En deltaker i gruppen uttalte:

Jeg ser for meg pasienter som bare blir liggende i senga i mange timer før de får hjelp. Det er ikke alltid sånn, men det kan skje. Jeg har jobba litt i hjemmesykepleien, hvis man har dårlig tid var det jo noen man ikke kom til før 10 -11 tiden. Da lå de der og venta da...

Gjennom innlevelse ser sykepleierne for seg hvordan pasienten kan få det, og hva som bør skje videre. De ser forbi det aktuelle sykehusoppholdet og de forsøker å forutse mulige konsekvenser av at pasienten må reise hjem. Samtidig er bildet hypotetisk: de kan ikke vite hvordan pasienten faktisk vil få det.

6.3.6 A-meldingen sendes.

Ved å betrakte helhetsbildet vurderer sykepleierne om pasienten vil trenge ny eller mer bistand fra kommunen. Deretter avgjør de hvorvidt de skal sende A-skjema. Når skjemaet sendes varsles bestillerkontoret om at pasienten er innlagt. Det opprettes kontakt mellom sykehus og bestillerkontor, og et formelt samarbeid kan starte. På skjemaet skal det krysses av for at pasienten er informert om at skjemaet sendes, men sykepleierne fortalte at de kun unntaksvis informerer pasienten. For å sikre at meldingen er mottatt, og for å kunne begynne samarbeidet tidligere, ringer noen, blant annet Christian, bestillerkontoret i tillegg til å sende meldingen:

Hvis vi sender en A- melding pleier jeg som regel å ringe og snakke med dem. Jeg ber de komme på vurderingsbesøk og snakker med dem da. Hvis de ikke kommer, tar vi det gjerne mer per telefon.

6.4 Gjennom oppholdet.

Perioden etter første døgn og frem til man begynner å vurdere om pasienten er utskrivningsklar varierer tidsmessig fra et døgn til flere uker. Dette påvirker hvor mye tid man har til å forberede utskrivelsen. Men uavhengig av dette er det noen temaer som går igjen i sykepleiernes fremstillinger.

6.4.1 Vurdering av pasientens fungering og muligheter.

I løpet av første døgn er det stort sett avgjort om pasienten skal A- meldes, og meldingen er i så fall sendt. Hvis ikke vurderes det fortløpende om det skal gjøres i denne delen av forløpet. Ettersom pasientens tilstand endres må sykepleierne kontinuerlig observere, samle informasjon og reviderer sine vurderinger. Gjennom oppholdet fokuserer noen av sykepleierne mer på observasjon av pasientens fungering på forskjellige områder. Else observerer hvordan pasienten forflytter seg, hvordan han er til beins, og om han kan gå i trapper:

Først pleier jeg å ta pasienten opp på sengekanten og ser om han klarer å reise seg og gå. Jeg vurderer hvor stødig han går. I matsituasjonen ser jeg om han faktisk klarer å få i seg maten som står foran ham. Man ser det jo veldig godt i stellesituasjon og matsituasjon: hvordan han fungerer.

Ut fra dette spør hun seg om det er realistisk at pasienten kan klare å holde "orden på tilværelsen sin". Pasientens fungering fysisk og i praktiske situasjoner, samt hans mentale tilstand, forteller om hans mulighet for egenomsorg. Fanny fremhevet at pasientens drivkraft og motivasjon er viktig for hvor godt han kan fungere:

Jeg observerer hvor mye initiativ de har til egenomsorg. De som trenger et tonn med motivering for å komme seg opp av senga og ta tak i vaskekluten vil trenge mer hjelp. Også ser jeg på det med å ta til seg næring: mange har nedsatt matlyst allerede før de kommer inn. Jeg ser ikke hvordan det skal gå hjemme når vi ikke er der og setter fatet foran dem. Jeg synes store deler av det at de skal komme seg sitter veldig mye i hodet, på om de er motiverte.

Når Fanny ser for seg hvordan pasienten kan få det hjemme med det funksjonsnivået han har per i dag, vurderer hun samtidig hva slags bistand han vil kunne trenge.

6.4.2 Justering av helhetsbildet

Helhetsbildet sykepleierne har dannet seg første døgn er ikke statisk. Ettersom det fremkommer ny informasjon korrigeres og justeres helhetsbildet. Berit fortalte om en pasient hun nylig hadde hatt: ved første øyekast så han ut til å være velfungerende og ha god evne til å følge opp sin sykdomstilstand. Men under sykehusoppholdet forstod hun at pasienten slett ikke håndterte sin helsesituasjon. Selv om han fungerte i vanlige, daglige aktiviteter, var han var ikke i stand til å følge opp medisinsk behandling hjemme. Berit forstod da at vedkommende ville trenge omfattende bistand etter utskrivelse, og hun sendte A-melding.

6.4.3 Å skape fremdrift og forutsigbarhet.

For å kunne tilstrebe effektive utskrivelser opplever flere av sykepleierne at det er viktig å bidra til fremdrift i planleggingen. Sykepleierne fortalte hvordan de på flere måter skaper fremdrift. Et redskap er dokumentet *"Plan for utskrivelse"* (vedlegg 4). Sykepleierne oppretter dokumentet for pasienter de antar vil trenge bistand fra kommunen. De samler opplysninger om pasientens sosiale situasjon, planer for utskrivelsen og avtaler med bestillerkontoret. Gjennom dokumentet gjøres informasjon tilgjengelig for andre sykepleiere, noe som kan sikre at avtaler følges opp. Berit fortalte at en viktig oppgave er å dokumentere informasjon og sine observasjoner, og deretter *"få det ned i Plan for utskrivelse: da er så mye gjort."*

En annen måte sykepleierne kan skape fremdrift på er å angi en dato for når det forventes at pasienten kan skrives ut. Ved å estimere hvor lenge det antas at oppholdet vil kunne vare, fortalte Christian at han bidrar til å gi en retning i planleggingen. Samtidig skapes forutsigbarhet og han gir signaler om oppholdets lengde til pasient, pårørende og kommune:

Så oppretter vi "Plan for utskrivelse- notatet", der vi fyller inn hvilke tjenester pasienten har fra før, og registrerer når vi har sendt A- skjema. I feltet "Mål for oppholdet" skriver jeg om det er forventet at pasienten skal hjem med hjelp, hjem uten hjelp, eller ha sykehjem.

6.4.4 "Det handler om økonomi."

Noen av sykepleierne opplever forventninger om at de skal bidra til at pasienten skrives ut så snart den medisinske tilstanden tillater det. I fokusgruppen ble disse forventningene omtalt som at utskrivelsene alltid skal gå litt kjappere, og det er knapt mulig å være rask nok. En deltaker fortalte: *Ja, hvis han kan reise er det jo så fort som mulig.* En forklaring på at er slik forklarte en annen deltaker med at rådende ideal for sykehusdriften: *"handler om økonomi"*.

Sykepleierne etterlever forventningene til at utskrivelsene skal gå raskt på forskjellige måter. En fokusgruppedeltaker erkjente at det er viktig å ivareta driftshensyn og at ressursene må brukes på de som trenger det mest, samtidig som dette må balanseres med hensynet til den enkelte pasient: *"Det er snakk om en gylden middelvei"*. Christian hevdet at han *"er en av de som er ivrig på å skrive ut, så vi har kapasitet til å jobbe med de som er her."* Derfor tilstreber han at pasienter skal utskrives så fort de er ferdigbehandlet. I følge ham er det ikke tidlig planlegging og raske utskrivelser, men derimot forsinkelser og at utskrivningsklare pasienter må vente som er problemet:

Det er et mål at pasienten skal slippe unødig venting og oppbevaring. De skal få god behandling her, og så god hjelp videre. Effektivitet, det er bra.

Berit er mer ambivalent til at det skal gå så fort. På den ene siden er tidlig planlegging viktig for å opprettholde drift, samtidig frykter hun at fokuset på pasienten under sykehusoppholdet forsvinner:

Det er viktig at vi er stolte over å ha det effektivt, men jeg kunne like gjerne svart omvendt: at vi ikke får konsentrert oss om her og nå når pasienten skal ut med en gang.

Fanny frykter faktisk at utskrivelser skal gå så raskt at pasientene blir skadelidende hvis de ikke får den pleien og behandlingen de trenger. I hennes øyne veier ikke effektiviteten tyngst. Likevel forsøker hun å ivareta hensynet til tidlig planlegging:

Samtidig er det litt feil å ikke begynne og tenke på utskrivelsen fra begynnelsen. Vi vet at det skal være så effektivt som mulig, uten at det går utover pasienten.

Selv om sykepleierne innser at effektivitet er et viktig hensyn, er det ikke nødvendigvis enkelt å være effektiv av den grunn, slik en deltaker i fokusgruppen gav uttrykk for:

Men når økonomi og de større tinga kommer over kan det føles frustrerende. Det gir følelse av avmakt noen ganger, hvis man ikke blir hørt på de observasjonene man er lært opp til å gjøre, og som man tenker er en god ting å gjøre som sykepleier.

Annes erfaring med å ha jobbet med eldre, skrøpelige pasienter i mange år har gitt henne kunnskap om at de har behov for god tid og forutsigbarhet. Men dette lar seg ikke alltid forene med effektivitet og høyt tempo:

Jeg er litt skeptisk til alt som skal gå så fort, i full fart. Med disse gamle som ikke tåler at ting går "180- grader rundt på en gang": det nytter nesten ikke.

6.4.5 "Vi er meglere av og til."

Retningslinjene for primærsykepleie fremholder at sykepleierne skal være sykehusets kontaktpersoner i samarbeidet med kommunen. I denne forbindelse beskrev noen av sykepleierne seg som koordinatore. En deltaker i fokusgruppen fortalte spontant at å koordinere er en av sykepleiernes hovedoppgaver:

Jeg føler nesten en koordinatorstilling: vi skal dra i alle tråder, uten å ha beslutningsevnen. Vi skal på en måte samle alle data, hva hjemmesykepleien sier, hva pasienten sier, hva legen sier. Ja, så jeg føler meg litt som en sånn koordinator, vi er jo ikke det faktisk, men i praksis.

I fokusgruppen ble sykepleieren fremstilt som en megler, og som "en potet". Ved å omtale seg som megler påtar de seg et ansvar for å forhandle frem en løsning mellom parter som er uenige, uten selv å ha en tydelig mening, og poteten kan som kjent brukes til alt...

Vi er meglere av og til. Vi hører på hva familien sier og hva pasienten sier: det er ikke alltid de er enige. Også er det kommunen: de har sine ting å tenke på. Jeg føler at vi er en sånn potet i midten liksom. Vi skal glede alle!

Dette samsvarer med Elses opplevelse av å ha ansvar for å løse eventuelle uoverensstemmelser og å finne en løsning alle kan være fornøyde med. Hun beskrev dette slik:

Det er jo et press fra legen på at pasienten ikke skal ligge inne hvis det ikke er noe nytt som har oppstått i funksjonen fra han var hjemme, men pårørende mener at pasienten ikke kan komme hjem, og bestillerkontoret får man kanskje ikke tak i. Da blir det veldig vanskelig å koordinere alt og gjøre alle fornøyde.

Særlig hvis pasient, pårørende, lege og bestillerkontor har motstridende forståelse av hva som bør skje med pasienten, kan det være utfordrende å skulle koordinere samhandlingen. Selv om Else opplever å ha ansvar for å finne en løsning, er mulighetene til det begrenset. Ofte er det eneste hun kan gjøre å overlate ansvaret for pasienten til bestillerenheten:

Da må vi prøve å tenke at vi bare må gi informasjonen vi har til bestillerenheten, så får de ta avgjørelsen. At man bare må være så kald.

Når hun tilføyer at "man må være kald" avslører hun at hun ikke er særlig komfortabel med denne måten å håndtere situasjonen på. Hun vet ikke hva som vil skje og er usikker på hvordan bestillerenheten vil løse situasjonen, og det blir vanskelig å slippe ansvaret for pasienten.

Å utveksle informasjon med kommunen.

Når bestillerkontoret har mottatt A- meldingen, ringer konsulent derfra til sykepleieren og etterspør informasjon om pasientens nåværende tilstand og om hendelsen som ledet til innleggelsen. Samtidig skal de informere sykepleieren om hvorvidt pasienten er kjent i kommunen og om hvilken bistand han mottar. Noen ganger snakker Dina først med bestillerkontoret for å få vite hvilken bistand pasienten får, før hun snakker med hjemmesykepleien og får vite hvordan vedkommende faktisk fungerer og hva slags hjelp som faktisk ytes. Da hender det at hun får motstridende informasjon:

Som at hjemmesykepleien lenge har ment at det ikke har fungert hjemme, men det har ikke blitt gjort noe med det. De har kanskje øket hjelpen, men det er ikke gjort noe vedtak på det. Noen i hjemmesykepleien kan si at det "Nei, det fungerer ikke hjemme i det hele tatt" og så sier de i bestillerkontoret: "At nei, det har ikke de hørt noe om". Så kanskje alle er enig om at dette er en sykehjemspasient, men det ingen som har gjort noe med det.

Sykepleierne trenger informasjon fra begge instanser, men som Dina forteller, kan de kan ha forskjellige syn på saken. Hun opplever at det kan være nyttigere å forholde seg til hjemmesykepleien enn til bestillerkontoret fordi hjemmesykepleien har mer direkte kontakt med pasienten og vet hvordan han fungerer hjemme.

Personlig kontakt med kommunen.

Utover å utveksle informasjon, planlegger og deltar sykepleierne på samarbeidsmøter. Personlig kontakt med bestillerkontorene oppleves fruktbart. For eksempel var noen av sykepleierne særlig positive til et bestillerkontor som sendte en konsulent for å vurdere alle A-meldte pasienter, fordi, som Anne sa: *"Da ser hun mennesket du snakker om også."* Gjennom telefonsamtaler og møter er det mulig å utveksle informasjon som vanskelig kan formidles gjennom skjemaer.

Noen av sykepleierne var tydelige på at det er viktig å tilstrebe et godt samarbeidsklima og en god tone med kommunen for å bidra til at pasienten får god oppfølging. En sykepleier i fokusgruppen sa: *"Vi er jo veldig opptatt med å samarbeide med saksbehandlere og vi vil jo ha et godt samarbeid."* Christian forsøker å være imøtekommende og positiv overfor bestillerkontoret for at samarbeidet skal fungere. Han opplever derfor sjelden konfrontasjoner med dem:

Jeg hører at noen av pleierne sier at de sliter med kommunen. Da tenker jeg at de jobber litt mot dem i stede for med. Jeg prøver å legge meg på det at hvis de vedtar noe, så prøver vi det. Da får jeg ikke det så vanskelig. Det er noe med de formelle ansvarsovertagelser og sånn, at jeg føler at jeg kan skli greit igjennom.

Noen sykepleiere bruker mye tid og krefter på å komme i kontakt med bestillerkontorene. Men i kraft av sin lange erfaring er Dina avslappet i forhold til dette: hun venter til bestillerkontorene tar kontakt. Men til tross for flest gode erfaringer, har hun opplevd å møte holdninger som kan tyde på at bestillerkontoret helst vil slippe å ta ansvar for pasienten. Det er da gjerne snakk om "vanskelige" pasienter, for eksempel svært demente:

En representant fra bestillerkontoret sa om en fantastisk mann med en vanskelig demensform: "Såne pasienter er veldig vanskelige, det er såne som vi jo absolutt ikke ønsker oss." Da ble jeg helt... De har jo også jobbene sine for å hjelpe disse gamle, og det er vår jobb å kjempe for dem og for at de skal få den best mulige hjelpen! Pasienten trengte mye hjelp, helst sykehjemsplass, og da er det et problem for dem, fordi det koster penger. Jeg skjønner at de må fordele sine ressurser, men det er bedre å bli møtt med "Ja, jeg ser problemet, dette må vi prøve å løse, vi skal gjøre så godt vi kan."

Sterke eller svake pårørende påvirker prosessen.

Som tidligere beskrevet, har sykepleierne ofte kontakt med pårørende det første døgnet pasienten er innlagt. Men kontakten med pårørende er sentral gjennom hele oppholdet. Å ha ressurssterke pårørende er en fordel, fordi de kan påvirke hvordan pasienten følges opp. Som Dina sa: *"De som har sterke pårørende får mer hjelp. Så enkelt er det"*. Sterke pårørende griper tak i ting som ikke fungerer og søker bedre løsninger. Dette illustrerte hun med et eksempel der hjemmesituasjonen til pasienten ikke fungerte bra. Fordi pasienten ikke hadde sterke pårørende fikk pasienten heller ikke det nødvendige omsorgstilbudet. Berit forklarte slike situasjoner med at: *"Hvis pårørende engasjerer seg mye blir jo deres meninger hørt."* Pårørende kan spille en avgjørende rolle for oppfølgingen av pasienten, og de kan påvirke hva slags bistand pasienten får etter utskrivelse. I fokusgruppen følgende fortalt:

Vi ser jo at pasienter uten pårørende, eller der hvor pårørende er litt tilbake, at de lettere blir slengt rundt i systemet. Jeg hadde noen andre pårørende her om dagen: de gikk til bestillerkontoret på egen hånd, og de dro rundt på alle sykehjemmene, for å se med egne øyne: "Er det ledig plass her? Mor skal ha en sykehjemsplass!"

Hvis pårørende selv er syke og svake kan det føre til at pasienten stresser med å komme hjem. Fanny fortalte at pasienter noen ganger da fremskynder utskrivelse:

Av og til er det syke pårørende inn i bildet, og pasienten vil kanskje hjem fordi de har en mann eller kone som er syk, og de tenker litt lite på seg selv. Da tar jeg meg selv innimellom i å be pasienten prøve å tenke på seg selv.

At Fanny ber *"pasienten prøve å tenke på seg selv"* kan innebære at hun oppfordrer ham til å ønske seg korttids- eller rehabiliteringsopphold etter sykehusinnleggelsen. Hun kan også tilstrebe å forlenge sykehusoppholdet ved å forsøke å utsette beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar. Christian fortalte en historie om en pasient som var frisk nok til å reise hjem, men på grunn av syk ektefelle fikk pasienten forlenget sykehusoppholdet. Han synes dette var galt fordi han synes at pasienter skal utskrives når sykehusoppholdet er ferdig. Sykehuset verken har eller kan ta ansvar for hva som skjer når pasienten utskrivningsklar. I følge Christian er sykepleierens hovedansvar: *"Å hjelpe til med den medisinske*

behandlingen, og så tilrettelegge for at kommunen kan overta på den ene eller andre måten."

Christian påpekte videre at: *"Pårørende har selvfølgelig rett til å kjempe med nebb og klør for sine, slik de synes det er best"*. Selv om pårørende er pådrivere, kan det være utfordrende å forholde seg til deres krav og forventninger, som noen ganger kan være urealistiske. Slike situasjoner kan sette ham i et krysspress: Christian beskrev det som en *"klemme"*. Han fortalte at dette for eksempel kan innebære at pårørende ikke ønsker at pasienten skal komme hjem med hjemmesykepleie, fordi de ikke synes det er et godt nok tilbud. Pårørende ønsker helst sykehjemsplass. Christian kan håndtere dette ved å oppfordre pårørende til selv å søke om sykehjemsplass. Han oppfordrer dem dermed til å ta ansvar selv.

Sykepleierens rolle som kontaktperson gjør henne til sykehusets ansikt utad. Berit har erfart at pårørende klager mye uten å bidra selv. Hun beskrev dette som belastende, fordi hun ofte ikke kan gjøre annet enn å stå i situasjonen:

Mange pårørende klager mye. Du orker bare ikke bare å ta i mot de klagene. Pårørende kommer med en eller annen grunn til at mor eller far ikke kan reise hjem, og det må jeg bare stå i, men det er slitsomt.

Flere sykepleiere opplever at pårørende har stort behov for informasjon om hvordan utskrivelsesprosessen foregår, og det er i stor grad sykepleierne som gir denne informasjonen. Ved å informere kan de overlate deler av ansvaret for pasienten til pårørende, slik Anne gjør: *"Hvis pårørende spør om dette ikke er sykehusets ansvar, så må du si: "Nei, det er ikke sykehusets ansvar", og forklare ansvaret til første og andre linje."*

6.5 Sykehusoppholdet går mot slutten.

Når pasienten ikke lenger har behov for sykehusbehandling begynner sykepleier og lege å diskutere om pasienten kan meldes utskrivningsklar. Hvis de gjennom sykehusoppholdet har forstått at pasienten har nyoppstått behov for, eller behov for mer bistand, sendes B-melding til bestillerkontoret når beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar er tatt.

6.5.1 Å medvirke til beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar.

”Det er forskjell på å være medisinsk klar og klar.”

Grunnlaget som beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar fattes på, er ”Forskrift om utskrivningsklare pasienter”. Flere av sykepleierne forklarte hvordan medisinske parametre, som blodprøver og medisinsk behandling, er styrende for beslutningen. Dette synliggjøres ved at de brukte samme eksempel for å forklare hvordan leger avgjør at pasienten er utskrivningsklar: nemlig at pasienten ikke lenger trenger intravenøs behandling. Anne forestilte seg hvordan leger resonnerer for å komme frem til beslutningen:

Legen kan si: ”Ja, crp er synkende, vi kan gå fra antibiotika intravenøst til tabletter. Så tar vi ut kateteret i dag, så kan han reise hjem i morgen” DA begynner pasienten å bli utskrivningsklar: fra en dag til en annen. Det hjelper ikke så mye at vi forteller at pasienten fortsatt ikke kan stå på bena. Legen kan da svare: ”Ja, da må han opp å gå.” Så det er legen som bestemmer, ikke vi.

I følge forskriften skal pasientens funksjonsnivå også vurderes, i tillegg til den medisinske vurderingen. Det er sykepleierne som gjør denne vurderingen. Deres beskrivelser av hva som bør være avgjørende for å kunne definere en pasient som utskrivningsklar var preget av fokus på fysisk funksjon, mental tilstand og sosial situasjon. For eksempel har Anne som kriterium at pasienten skal kunne gå til badet ved egen hjelp, for å være hjemme:

Pasienten skal være sånn at han kan reise seg opp av senga og komme seg ut på badet selv. Han skal kunne klare seg uten veldig mye hjelp: at noen er der og tilrettelegger og kommer med mat og sånn. Han skal nesten være på det nivået han var da han kom inn, før innleggelse, før sykdom.

Noen sykepleiere synes at det medisinske perspektivet kan være litt for dominerende. En sykepleier i fokusgruppen utbrøt: *”Det er forskjell på å være medisinsk klar og klar!”* Det

medisinske grunnlaget er ikke alltid nok for at pasienten skal kunne få et egnet tilbud. Anne opplever at disse tingene henger sammen:

Jeg skulle jo ønske at pasienten faktisk var klar. Når han får den behandlingen han skal og blir bedre, vil jo funksjonsnivået også bli bedre.

"Sykepleierne gjemmer seg litt bak legene"

"Forskrift om utskrivningsklare pasienter" tilsier at legene har hovedansvaret for å avgjøre når pasienten er utskrivningsklar. At sykepleierne ikke er bundet av tilsvarende ansvar bidrar til at de heller ikke stilles ansvarlige i like stor grad. Dette fristiller dem på en måte som gjør at de kan forsøke å påvirke beslutningen utfra egen samvittighet, selv om det kan føre til at pasienten blir lenger på sykehuset. Else fortalte at sykepleierne kanskje synes at det er greit å slippe å ha ansvaret for selve beslutningen:

Jeg tror at sykepleierne gjemmer seg litt bak legene. Legene spesielt, føler presset på raske utskrivinger og antall liggedøgn.

Argumentasjon i beslutningsprosessen.

Sykepleierne kan forsøke å påvirke beslutningen ved å bringe informasjonen de har fått om pasientens funksjon og egenomsorgsevne inn i diskusjonen. I følge Else forsøker sykepleierne å påvirke beslutningen: *"Fordi vi ser en annen pasient enn det legene gjør, vi ser at han trenger mer oppfølging"*. Sykepleieren og legen betrakter pasienten fra hver sitt perspektiv, og kan derfor vurdere pasienten forskjellig. Der legen ser en pasient som kan skrives ut, kan den samme pasienten i Elses øyne fungere så dårlig at man bør avvente å beslutte at han er utskrivningsklar. Utfra dette kan hun forsøke å argumentere for en utsettelse av beslutningen. Men for å nå frem, må hun fremheve argumenter som godtas. Det kan for eksempel være at pasienten fungerer for dårlig til å reise hjem, eller at praktiske gjøremål og avtaler ikke er avklart. Et eksempel på dette ble gitt av en sykepleier i fokusgruppen:

Jeg kan si at pasienten ikke har stått på beina og spør om vi kan se det an en dag? Det er godt å ha en begrunnelse og si hvorfor. Det ingen begrunnelse å si at det blir stress for meg, men hvis jeg sier: "Han trenger virkelig hjemmesykepleie, men har ikke hatt det før, jeg må få kontaktet dem...", da kan jeg bli hørt.

Sykepleierne kan også påvirke beslutningen ved å forhandle om *når* beslutningen skal tas: dette vil gi pasienten litt mer tid. Det beste er å komme med et konkret alternativ til når beslutningen skal tas, som å forslå at man bør vente til over helgen. Slik kan sykepleieren påvirke beslutningen slik at den bedre samsvarer med det hun anser som realistisk. Dina tenkte seg en samtale med en lege som beskriver dette:

Legen: Vedkommende kan reise hjem i morgen!

Dina: I morgen, det blir helt umulig, for da har vi ikke gjort i stand og gjort avtaler med hjemmesykepleien, men kanskje torsdag.

Slik kan det settes en utskrivelsesdato som gir pasienten tid til å bli friskere og til å forberede seg, og som gir sykepleieren bedre tid til sine oppgaver.

Det medisinske fokuset kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å nå frem med argumenter som ikke er av medisinsk karakter. Argumentasjon om at pasienten kan profitere på mer tid, eller at han fungerer for dårlig til å reise hjem, får ikke alltid gehør, slik Anne har erfart:

Jeg synes det er vanskelig å argumentere med at pasienten bør bli litt lenger, når du vet at de bare skal ut, når legen har bestemt at pasienten skal ut, koste hva det koste vil.

Beslutningen om at pasienten er utskrivningsklar kan komme brått. Fanny har opplevd at legene vil B-melde pasienten allerede første eller andre postoperative dag, men da protesterer hun:

"Nei, vi kan vente til dagen etterpå! Det er for tidlig. Jeg må ha noe å skrive i B- meldinga. Jeg kan ikke skrive når pasienten bare så vidt har vært oppe og stått ved senga med prekestol! Hva skal jeg skrive da?"

Fanny synes det er for tidlig fordi hun ikke har fått observert pasienten ordentlig, og derfor ikke har et pålitelig grunnlag å fylle ut funksjonsbeskrivelsen på. Hun vet hvor avgjørende det er at bestillerkontoret får korrekt informasjon for å kunne ivareta pasienten. Derfor argumenterer hun med at pasienten trenger tid til å komme seg, eller at hun trenger mer tid til å gjøre sin jobb.

6.5.2 Pasienten er utskrivningsklar.

Uansett hvordan beslutningsprosessen forløper, blir pasienten utskrivningsklar. Ofte er det sykepleieren som informerer pasient og pårørende om beslutningen. Flere sykepleiere presiserte hvor viktig det er at pasient og pårørende forstår hva det innebærer å være utskrivningsklar. Det innebærer ikke at pasienten nødvendigvis er frisk, men at sykehuset har gjort sitt og at pasienten må være forberedt på utskrives innen kort tid. Christian fortalte at det kan føre til misforståelser og konflikter hvis sykepleierne mislykkes i å informere om dette. Pårørende og pasient kan bli forskrekket når de får vite at pasienten er utskrivningsklar, fordi de er uforberedte på avgjørelsen. Dette kan i følge Christian føre til at:

Det som kan skje hvis ikke pårørende bli informert og vi har en dialog, er at de setter seg til motverge: de motsetter seg utskrivelsen utskrivelsesdagen, når alt er planlagt.

For å raskt få et tilbud fra bestillerkontoret kan sykepleierne kontakte bestillerkontoret direkte i forkant av, eller samtidig som B-meldingen sendes. Da kan det i beste fall umiddelbart fattes vedtak om det tilbud pasienten skal få, og samtidig avtales når han kan skrives ut. Christian fortalte:

Skal pasienten fort hjem ringer vi kanskje før vi har sendt B-skjema og varsler om at pasienten kan komme hjem om to dager og vil trenge hjelp. Har vi hell med det, kan de kaste seg rundt og gjøre et vedtak som kan starte to dager frem i tid, når de vet at B- skjemaet er på vei.

Å formidle helhetsbildet til bestillerkontoret.

Fra og med pasienten er utskrivningsklar, forsøker sykepleierne å formidle sitt helhetsbilde av pasienten til bestillerkontoret. En deltaker i fokusgruppen forklarte at en av sykepleiernes sentrale oppgave er å samle informasjon. I forlengelsen av dette fortalte vedkommende også at det er like viktig å formidle informasjonen videre for: *"Å få det beste for pasienten, om han kommer hjem eller hvor han skal."* Sykepleierne forsøker å formidle noe som er virkelig viktig, noe som kan være avgjørende for pasienten. Mislykkes de kan det resultere i reinnleggelser. I samtalen i fokusgruppen kom det fram at sykepleiere kan føle seg personlig ansvarlig for reinnleggelser:

Du gjør visse observasjoner og blir kjent med pasienten, så føler du ansvar for å formidle det videre. Hvis pasienten kommer tilbake etter et par dager tenker du gjerne: "Er det noe annet jeg kunne ha gjort så jeg kunne blitt hørt?"

Funksjonsbeskrivelsen.

Det første sykepleieren gjør når pasienten er utskrivningsklar, er å fylle ut funksjonsbeskrivesskjemaet. Funksjonsbeskrivelsen (vedlegg) innebærer at sykepleieren krysser av for hvordan pasienten fungerer på bestemte områder, i tillegg til informasjon om bosituasjon. Hensikten er å gi bestillerkontoret tilstrekkelig informasjon til å kunne gi pasienten egnet bistandstilbud. Christian gav en beskrivelse av hva skjemaet er ment å være:

Det er et kartleggingsskjema der vi setter kryss for om pasienten kan spise selv, gå i trapper, er glemsk, inkontinent, og så videre. Gjennom det kan vi gi bestillerkontoret et bilde av pasientens funksjon, uten å definere hvilket tilbud han skal få.

Gjennom funksjonsbeskrivelsen vil Else: *"formidle, eller gi bestillerkontoret et bilde av hvordan pasienten fungerer, slik at de kan klare å se om han kan komme hjem eller ikke."* Christian sa: *"Jeg vil at bestillerkontoret skal se alvoret i situasjonen, at de skal våkne og se at her er det en pasient de må ta tak i".*

Berit påpekte at funksjonsbeskrivelsen er en forenkling som aldri vil kunne gjengi virkeligheten i fullt format. Dette fordi: *"ting er jo mye mer nyansert enn det skjemaet er."* Ved bare å krysse av kommer ikke nyansene alltid frem. Avkryssingen innebærer noen begrensninger som kan gjøre det vanskelig å gi et reelt bilde. Heldigvis er det rom for at sykepleierne kan skrive tilleggsopplysninger og dermed gi mer omfattende informasjon. For at bestillerkontoret skal kunne se et realistisk bilde, må sykepleierne derfor være konkrete i tilleggsopplysningene. En deltaker i fokusgruppen forklarte:

Det er viktig at man er tydelig og bruker tilleggsinformasjonen. Da kan man si om pasienten tidligere har gått, men at han nå bare klarer å gå 2- 3 meter. Vi kan gi en tydeligere forklaring i tillegg til punktene, for å si noe om hva vi oppfatter. At vi gjør det spesifikt: hvordan kan han klare seg hjemme?

Ved å gi konkrete tilleggsopplysninger kan sykepleierne formidle hvordan pasienten fungerer. Samtidig formidler de sin egen oppfatning av hvordan de tror pasienten vil kunne klare seg hjemme. Anne kan for eksempel presisere at pasienten er sengeliggende, fordi da *"sier det jo seg selv"*. Slik forteller hun implisitt at hun synes at pasienten trenger et tilbud med høyt omsorgsnivå, aller helst sykehjem.

Selv om funksjonsbeskrivelsen dekker viktige funksjonsområder, vektlegger skjemaet enkelte funksjonsområder på bekostning av andre. Anne fortalte at det kan være vanskelig å formidle pasientens funksjon på områder som forflytting og fysisk aktivitet, fordi det kan være vanskelig å være detaljert nok ved bare å krysse av:

"Det er jo gjerne det det skorter på: bevegelse og hjelpemidler og hva han faktisk kan gjøre, hva greier han helt på detaljnivå."

Særlig utfordrende er det å gi et godt bilde av mental og psykisk tilstand ved bare å sette kryss eller å skrive stikkord. Dina fortalte at fordi skjemaet har fokus på fysisk funksjon kan det være vanskelig å formidle et helhetlig bilde som inkluderer pasientens psykiske situasjon:

Det er tre kolonner, men det er jo glidende overganger mellom det ene og det andre i virkeligheten. Det sier lite om pasientens mentale og psykiske tilstand. Det er samme avkryssing for utrygg, uro og angst, og det sier jo ikke så veldig mye.

Dette kan i følge Dina resultere i at fysisk fungerende, men psykisk syke personer faller gjennom. At de er fysisk spreke kan gjøre det vanskelig å forstå at de kanskje trenger sykehjem. En sykepleier i fokusgruppen hadde tilsvarende oppfatning i forhold til demente pasienter: de kan falle mellom to stoler fordi god fysisk funksjon kan kamuflere kognitiv svikt:

Det er viktig å være konkret i B-meldingen i forhold til demente pasienter. Det er ofte jeg føler at de ser på det fysiske i funksjonsbeskrivelsen, men at det ikke legges nok vekt på at pasienten har vært i en forvirringstilstand, eller er så langtkommen dement at det ikke fungerer med hjemmesykepleie som går ut og inn, selv om pasienten kan vaske seg selv og går rundt uten hjelpemidler: det ser fint ut på papiret.

Else hadde erfaring med at det er vanskelig å sende hjem pasienter som er kognitivt og mentalt svekkede, men fysisk velfungerende:

Særlig pasienter som er oppegående, men som surrer, kan det være skummelt å sende hjem. Det er ikke alltid kommunen skjønner det, og de prøver så langt som mulig å ha pasienten hjemme.

"Men jeg kan jo ikke vite om de leser det slik jeg tenker det."

Sykepleierne håper at helhetsbildet blir oppfattet slik de forsøker å formidle det. Derfor håper Dina at den som leser skjemaet tolker mer inn i det enn det hun har skrevet:

Når det står at pasienten trenger hjelp til spising vil jeg at de skal se at her er det et ernæringsproblem, og at det blir en viktig ting å følge opp.

Sykepleieren kan velge å stole på at bestillerenheten oppfatter funksjonsbeskrivelsen slik den er ment fra hennes side. Berit vet at de ansatte der har erfaring og kompetanse i det de gjør, og hun har tillit til at bestillerkontoret vurderer informasjonen i samsvar med hennes intensjon:

Jeg tenker at de klarer å nyansere helheten. Jobber du med å evaluere skjemaene så ser du også nyansene, selv om det bare er tre rubrikker.

Men sykepleierne støter på et dilemma: de har ingen garanti for hvordan bestillerkontoret forstår og tolker skjemaet. Anne hadde erfaringer med dette:

Hvis jeg har krysset av på punkt tre, som er dårligste skår, på Hr. Hansen som er fullstendig pleietrengende, håper jeg at bestillerenheten faktisk leser det som står. Men jeg kan jo ikke vite om de leser det slik jeg tenker det. Og det er ikke alltid det, skal jeg si deg. Derfor synes jeg det er viktig å skrive noen linjer nederst også, bare for å ha dokumenter det ytterligere.

Til tross for at sykepleieren gir utfyllende og konkret informasjon for å sikre at informasjonen tolkes i samsvar med sin vurdering, kan det hende at funksjonsbeskrivelsen tolkes annerledes enn hun har tenkt. Dersom pasienter ikke får det bistandstilbudet sykepleieren har ønsket, kan det oppleves som at beskrivelsen er feiltolket. Slike erfaringer kan gjøre at sykepleieren ikke alltid stoler på at bestillerkontoret oppfatter det hun vil formidle. Anne fortsatte:

Nei, jeg har inntrykk av at de ofte oppfatter det de selv vil oppfatte. De har sin egen mening. Noen ganger er det helt opplagt, men andre ganger synes jeg at de er veldig uenige med oss.

"Jeg har ikke myndighet til å si det."

Et prinsipp for samhandlingen fastslår at sykehusets helsepersonell ikke får anbefale bestillerkontoret hvilket tilbud de synes pasienten bør få (presentert s). Likevel kan sykepleierne formidle sin mening i funksjonsbeskrivelsen ved å omformulere den. Else fortalte at det vanligste er å skrive at: *"Pasienten har behov for 24 timers omsorg"*. I fokusgruppen ble det uttalt at når man skriver dette *"Er det ikke tvil om vår vurdering, selv*

om det ikke står ordrett.” Å skrive at pasienten har behov for 24- timers omsorg er i praksis det samme som å skrive at han trenger sykehjem, som på sett og vis er en anbefaling.

For at ikke pasienten skal få falske forhåpninger skal sykepleierne heller ikke si sin vurdering til pasienten. Intensjonen er at sykepleieren skal kartlegge objektivt, for deretter å beskrive informasjon uten å påvirke vedtak med egne meninger og vurderinger. Berit forklarte dette slik: *”Vi får ikke lov å si hva pasienten skal ha, vi kan si hva pasienten ønsker og hva vi ser, så skal de konkludere utfra det.”* Men sykepleiernes erfaringer tyder på at det kan være vanskelig å være objektiv. Informasjonen sykepleierne samler gjennomgår en vurdering der de siler relevant informasjon fra mindre relevant. I sykepleiernes streben etter å formidle sitt bilde fremstår prinsippet som en hindring. Dina er blitt fortalt at hun ikke får si at pasienten har behov for sykehjem, men at hun bare skal beskrive pasientens situasjon. Hennes erfaring viser hvordan prinsippet har begrenset henne:

D: Jeg sa at vedkommende pasient ønsket sykehjemsplass. Hun hadde en lang liste med problemer som gjorde henne sykehjemstrengende. Da fikk jeg spørsmålet fra bestillerkontoret: ”Ja, og dere støtter henne i det?” Jeg svarte at ”Ja, vi gjør jo det. Vi kan ikke love henne sykehjemsplass, men vi forstår og ser problemet hennes”.

J: Så du kunne forstå ønsket hennes?

D: Ja, og det fikk jeg klage på!

J: Ble det opplevd som at du anbefalte noe?

D: Ja. Jeg skulle ikke ha lov til å si til pasienten at jeg forstår hennes ønske. Det var ikke min jobb, men det mener jeg at er min jobb!

Fordi Dina ikke fikk si seg enig i pasientens behov for og ønske om sykehjemsplass, oppstod det et dilemma. Bestillerkontoret oppfatter det som en anbefaling og at Dina lover pasienten mer enn hun kan. Fordi hun ikke var lojal med prinsippet møtte hun reaksjoner: hun fikk klage. Men dette tvang Dina til å svikte et ansvar hun synes hun har som sykepleier: nemlig ansvaret for å støtte pasienten der det er riktig og nødvendig. En sykepleier i fokusgruppen uttalte om dette:

Jeg har så lyst til å si: ”Selvfølgelig bør han få sykehjem!” Men så har jeg ikke myndighet til å si det. Du skal være lojal her og der. Det føles urettferdig mange ganger synes jeg, å være lojal, for jeg er ganske uenig.

Å oppklare og si sin mening.

Men det er ikke bare i funksjonsbeskrivelsen sykepleierne formidler helhetsbildet, det skjer også i direkte kontakt med bestillerkontoret. Direkte kontakt er viktig av tre grunner, som allerede er omtalt: For det første er det ikke mulig å gi grundig nok informasjon i funksjonsbeskrivelsen. Når sykepleierne snakker direkte med bestillerkontorets konsulent åpnes da en mulighet for å gi utfyllende informasjon. For det andre vet man ikke om beskrivelsen tolkes i samsvar med bildet. Ved å snakke sammen kan sykepleierne avklare hvordan bestillerkontoret forstår informasjonen og forklare hva de selv har ment. For det tredje blir det mulig å formidle sin mening. Når Anne skal formidle hva hun synes, sier hun det rett og slett direkte til konsulenten:

Jeg kan si at Hr. Hansen trenger hjelp av to personer og prekestol for å gå til badet, og han orker nesten ikke å gå tilbake. Synes du det er rett at han skal hjem da?

Det kan være greit å slippe ansvar.

Men prinsippet om at man ikke får anbefale er ikke bare en hindring: det kan også være noe å støtte seg til. En sykepleier i fokusgruppen mente at det er greit at sykepleiere ikke kan skrive hva de synes, de har jo likevel ikke beslutningsmyndighet. De kan heller ikke gi garantier til pasienten:

Det er et ansvar vi ikke har, en avgjørelse vi ikke kan ta. Da er det like greit å ikke bygge opp under noe, men støtte opp om at det avsluttes der det er politisk bestemt at det skal avsluttes.

For Christian gjør prinsippet det mulig å plassere ansvaret der det hører hjemme: hos kommunen. Han velger å stole på dem og vet at de må ta støyten om noe går galt. Samtidig uttrykte han skepsis til hva som skjer når han har gitt fra seg ansvaret. Han opplever at noen må passe på kommunen, men det er ikke ham. Han støtter seg til at andre kontrollmekanismer vil gjøre det:

Men man må våge å tørre å stole på at de gjør jobben sin, men det synes jeg er greit. Og vi har jo avvikssjemaer, og det vil bli oppslag i media, vi har flere som passer på kommunen.

Til tross for at det kan være greit å slippe å ha ansvar, er det et tankekors at flere så hardt forsøker å påvirke beslutningen. Store deler av samhandlingen ble i fokusgruppa beskrevet som en kamp, der sykepleieren ikke alltid når frem:

Det er litt sånn kamp føler jeg: å kjempe for pasienten. Noen ganger blir det litt skyving av pasient foran seg: mellom kommune og sykehus.

Det eksisterer blant sykepleierne mye frustrasjon over at de i liten grad opplever å nå frem. Flere ganger hørte jeg utsagn om at: "Vi kan jo ikke gjøre noe likevel" og "Det er ikke vi som bestemmer".

"Det viktigste er jo pasienten og hva han ønsker."

Flere av sykepleierne synes at pasientens ønske bør høres, uten at det nødvendigvis skal være avgjørende. På bakgrunn av dette anser noen sykepleiere at de har en oppgave i å løfte frem pasientens stemme. De forsøker å formidle hva pasientens ønsker til bestillerkontoret. Anne formulerte det slik: *"Man må jo gå ut fra det pasienten ønsker, også er det fortløpende å ta det derfra."* I gruppen ble det sagt: *"Det viktigste er jo pasienten og hva han ønsker og har behov for."*

Pasientens ønske kan påvirke hvilken bistand han får. Derfor kan det være nyttig å formidle hva pasienten selv ønsker ved å skrive det i funksjonsbeskrivelsen, eller fortelle det til bestillerkontoret. Hvis pasientens ønske samsvarer med sykepleierens vurdering kan det forsterke bildet de forsøker å formidle: *"Da er det greit å skrive hva pasienten ønsker."*, som Christian sa. Men selv om sykepleiere i prinsippet ønsker at pasienten skal få påvirke, er det ikke alltid lett å forholde seg til pasienten mening. Særlig overfor pasienter som er kognitivt svekkede, kan det være vanskelig å støtte deres ønske. Ikke alle pasienter ønsker hjelp, og noen bagatelliserer eller mangler innsikt i egen situasjon. Hvis sykepleier og pasient har forskjellige meninger om hva som er pasientens beste, kan det oppstå et dilemma. I slike situasjoner forsøker noen å få pasienten til å forandre mening. Hvis pasienten helst vil hjem, kan sykepleieren forsøke å overtale ham til å ønske seg sykehjem, hvis hun ikke tror det vil fungere hjemme. Anne tenkte seg en dialog med en pasient, der hun prøver å få pasienten til å innse at han kan trenge hjelp:

Anne: "Synes du det ikke er noe du trenger?"

Pasienten: "Nei, jeg har det bra som jeg har det, jeg."

Anne: "Men kunne du ikke tenke deg litt...?"

Pasienten: "Nei, det går så fint."

Selv om sykepleiere gjør dette fordi de ønsker pasienten det beste, ble det betegnet som forsøk på å "lure" pasienten. Fanny fortalte sin historie:

Vi ville ha pasienten på sykehjem. Da mente legene at vi bare skulle legge det frem for pasienten som at det var rehabilitering, og det ble gjort til slutt: vi la det frem som at hun skulle på rehabilitering, også sendte de henne på sykehjem. Vi lurte henne på en måte. Det er jo ikke noe greit: når det siste hun ville var å komme på sykehjem.

For at pasienten skal få et tilbud han ønsker, forsøker sykepleierne å formidle pasientens ønske, men først etter en vurdering av om ønsket er realistisk, og om pasientens og sykepleierens vurdering samsvarer. Er det ikke samsvar forsøker noen å få pasienten til å skifte mening, slik at hans ønske samsvarer med sykepleierens vurdering av hva som er det beste for ham.

6.5.3 Når B-meldingen er sendt.

Når pasienten er B-meldt må sykepleieren overlate ansvaret for pasienten til kommunen, og stole på at de vil ivareta pasienten. Det kan være utfordrende, særlig for de som har erfart at pasienter ikke alltid blir ivaretatt godt nok. En uttalelse fra Anne avslører at hun ikke er helt komfortabel med å gi fra seg ansvaret:

Jeg tror man bare må legge ansvaret over på kommunen, det er de som har ansvaret når vi har formidlet det som er og de problemene som er må de ta tak i. Det er synd å si det; sånn er det.

6.6 Utskrivelsen.

6.6.1 Praktiske gjøremål.

Når pasienten får tilbud fra kommunen står sykepleierne for flere praktiske gjøremål. Hvis pasienten skal hjem, kan tiden fra han er meldt utskrivningsklar til han reiser være kort. Hjemmetjenesten kan stå parat til å komme til pasienten allerede samme dag eller dagen etter. Derfor lønner det seg for sykepleierne å ha forberedt gjøremålene i god tid. Sykepleiesammenfatningen bør være nærmest ferdigskrevet. I tillegg bør hun ha forsikret seg om at pasienten har penger, husnøkler og klær, resepter og medisiner, slik at det bare gjenstår å avklare transport når avreisedagen er der. For pasienter som skal til sykehjem kan ventetiden bli på flere uker. Men når sykepleieren får beskjed om at pasienten har fått sykehjems plass går alt svært raskt, og det er desto viktigere at praktiske ting er ordnet.

Flere sykepleiere fortalte at de føler seg tryggere når de sender pasienter til sykehjem enn til hjemmesykepleie: da vet de at pasientene får døgnskuttinuerlig tilsyn. Når en pasient skal til sykehjem, fortalte Else at:

Vi får en lapp med nummeret til sykehjemmet, så kontakter vi dem direkte. Vi gir dem muntlig rapport, og får vite om de har medisinene pasienten trenger. Vi informerer pårørende, og sjekker om pasienten har klær, og avklarer hvordan transport pasienten må ha.

Utskrivelsesdagen må sykepleierne overlate ansvaret for pasienten til kommunen, uansett pasientens tilstand. Såfremt sykepleieren føler seg trygg på at pasienten vil bli godt ivaretatt, kan det være en lettelse at pasienten reiser. Utskrivelsen kan bli en bekreftelse på at hun har gjort en tilfredsstillende jobb.

Pasientene tar vanligvis i mot tilbudet de får, selv om de kan ha ønsket noe annet. Pårørende er noen ganger mer kritiske, fortalte Anne. Dette er forståelig synes hun, fordi det kan få konsekvenser for pårørende hvis pasienten ikke får nok hjelp. Men pårørendes ønske samsvarer ikke alltid med det som er realistisk eller gjennomførbart. Anne fortalte at hun *"fikk kjeft fra pårørende senest i dag"*: pasienten hadde fått sykehjems plass og skulle skrives ut, men pårørende ønsket ikke at pasienten skulle sendes til det aktuelle sykehjemmet. Berit har håndtert tilsvarende situasjoner ved å be pårørende ta tak i saken selv:

Da sier jeg at de må ta det opp med bestillerkontoret selv. Den tok jeg senest i dag: en pårørende som var frustrert fordi pasienten skulle hjem med hjemmesykepleie, de dukket ikke opp og gjorde ikke sånn og sånn. Da sa jeg: "Jeg synes du skal skrive et brev med klage til dem, vi kan ikke ta ansvar for det."

6.6.2 Forhastede utskrivelser.

Fordi det er et mål å fremme effektivitet forsøker noen sykepleiere å ligge i forkant av utskrivelsen. Sykepleierne kan, som nevnt, tilstrebe dette ved å ha utført praktiske oppgaver i god tid. Men noen stiller spørsmålstegn ved enkelte måter utskrivelser tilstrebes på. Pasienten kan for eksempel meldes utskrivningsklar før det er sikkert at behandlingen er ferdig, eller det kan råde usikkerhet rundt om det var riktig å sende utskrivningsklarmeldingen. Anne fortalte at:

Det hender vi melder pasienten utskrivningsklar når han fortsatt får antibiotikabehandling fordi vi vet at det tar så lang tid å vente på et tilbud. Det kan virke som at: "legene gambler litt og gjør pasienten utskrivningsklar fordi vi har en policy på at det skal gå fort: inn- ut, inn - ut."

Et annet eksempel er hvis sykepleierens oppfatning av hva som vil være det beste for pasienten, ikke samsvarer med målet om rask utskrivelse. Anne beskrev en opplevd hendelse som illustrerer dette, der hun måtte skrive ut pasienten selv om hun synes det var for tidlig.

Det var like før jul: en dame som var ganske skrall, uten stort sosialt nettverk, denne damen skulle hjem. Jeg prøvde meg på at: "Hun har jo ikke klær, hun har jo ingen ting, så noen må komme med det til henne!", men nei: hun skulle hjem. Hun hadde hjemmesykepleie ganger en eller to, ganske minimalt altså, og hun trengte helt maksimalt, aller helst en korttids plass, men damen skulle hjem! Saken var jo den at hun trengte mer hjelp, og jeg fikk ikke tak i hjemmesykepleien. Jeg synes heller ikke hun var i stand til å komme hjem, men hun måtte hjem. Jeg måtte sende henne hjem i ambulanse fordi hun ikke hadde klær, og det er jo ikke greit!

Fordi pasienten skulle sendes hjem med det samme omsorgsnivået hun hadde tidligere, kunne beslutningen om at hun var utskrivningsklar fattes fort, og pasienten kunne utskrives på kort varsel. Men Anne rakk knapt å avklare det nødvendige rundt utskrivelsen. Hun var hverken enig i eller kunne forsvare utskrivelsen, men nådde ikke frem med sine argumenter. Når hun måtte tilse at pasienten reiste handlet hun i strid med sin kunnskap om hva som ville være det beste for pasienten. Hennes oppfatning stilles i skyggen av en rask utskrivelse.

Anne frykter at slike utskrivelser gjør henne kynisk. Samtidig blir kynismen nesten en forutsetning for at hun skal kunne gjøre det som forventes av henne:

A: Samtidig må du jo bare jobbe for å få denne damen ut, for det er det legene sier. Om jeg er blitt kynisk: mulig. Det blir litt sånn: hun skal hjem, jeg må bare gjøre det.

J: Men hva er det som gjør oss kyniske?

A: Det er sykehusverdenen, effektiviteten i sykehusverdenen, at det skal gå fort og raskt. Du skal egentlig være ganske frisk for å være her.

6.6.3 "Klumpen i magen".

I den siste delen av sykehusoppholdet opplever flere sykepleiere sitt største dilemma. Dilemmaet oppstår hvis pasienter skrives ut til et tilbud sykepleierne opplever som for dårlig. Oftest innebærer dette at pasienten reiser hjem med hjemmetjeneste, men sykepleieren anser at det beste ville være sykehjemsplass. Else kan forstå at dette skjer fordi kommunen må fordele begrensede ressurser, men likefullt er dette er en kilde til frustrasjon og samvittighetskvaler. Samtidig må hun støtte bestillerkontoret gjennom å oppmuntre pasient og pårørende til å ta imot tilbudet. Dilemmaet vekker reaksjoner også hos Anne:

JA, den er vanskelig! Du må stå i det du ikke synes er godt nok. Du kjenner på en måte dårlig samvittighet, men du kan ikke gjøre noe og du kan ikke påvirke det. Det kan for eksempel være pasienter du ser trenger sykehjem, og så må de hjem med hjemmesykepleie. I tillegg må du argumentere overfor pårørende om hvor fint det er at pasienten skal få lov å være hjemme. Du kan støtte pårørende i at de er frustrert, men må også si: "Jeg tror det skal gå bra". Den er ikke grei, nei, nei. Det er jo ikke sånne holdninger du ønsker å ha.

Her viser Anne forståelse for pasientens problem. Som sykepleier ønsker hun å støtte ham, men det er vanskelig fordi hun da er illojal mot bestillerkontoret. Når hun handler slik opplever hun å svikte pasienten, noe som gir henne dårlig samvittighet. Anne ønsker ikke å ha slike holdninger som handlingene hennes kan tilsa at hun skulle ha.

Noen av sykepleierne har erfart at det ikke alltid er lett å stole på at pasienten vil få dekket sine omsorgsbehov etter utskrivelse. Selv om Dina vet at hjemmesykepleien kommer, kan det være vanskelig å være trygg på at pasienten får den oppfølgingen hun synes at han trenger. Begrensede ressurser og tidspress i kommunen kan føre til at ingen tar tak i at pasienten for eksempel har et ernæringsproblem. Ved å forestille seg hvordan pasienten får det hjemme, gav Dina uttrykk for denne utryggheten:

Det er av og til veldig vanskelig å føle seg trygg på at de får den oppfølgingen hjemme du føler at de har behov for. Du vet at det er mange som er innom, og det er mange ufaglærte. Praktisk bistand skal ha ansvar for ernæring: Hva er det de gjør? De skjærer stykker brød, så lar de det stå, også varmer de mat, lar den kanskje stå i mikrobølgeovnen. Men det er ingen som sjekker om det blir spist: det er ingen som sitter der mens de spiser.

Anne uttrykker også skepsis til hjemmetjenestens kapasitet og mulighet til å ivareta pasienten. Hvis bistanden i hjemmet ikke fungerer hender det at pasienter reinnlegges. Sykepleieren får da bekreftet sin antakelse om at tilbudet ikke var godt nok. Samtidig synes Anne at hun burde ha gjort noe for å forhindre det. Derfor sitter hun igjen med en klump i magen, en skyldfølelse:

Den pasienten kan lett komme tilbake fordi det ikke fungerer. Så kommer de inn med sår, de er underernært og i dårlig forfatning. Da får du den dårlige klumpen i magen fordi du så det men ikke kunne gjøre noe med det. Du har egentlig ikke noe valg.

I fokusgruppen ble det uttrykt en unison gjenkjennelse da de ble presentert for Annes utsagn: *"Det var en veldig god beskrivelse! Man kjenner seg igjen: det er sånn det er!"* Én bekreftet opplevelsen av hjelpeløshet ved å ikke kunne påvirke avgjørelsene som er av betydning:

Ja, det er den klumpen... Jeg tenker litt den avmaktsfølelsen. Jeg synes jeg har kjent mye på det at du ikke har så mye du skulle ha sagt på en del ting...

En annen deltaker forsøkte å forklare hvorfor *"klumpen i magen"* dukker opp. Svaret er:

Det er fordi vi jobber med mennesker, det er jo ikke kyr vi frakter rundt! Jeg tenker jo at hvis det hadde vært min bestemor eller far: vi hadde ikke ønsket at de skulle ha det utrygt.

Et "symptom" på at tilbudet ikke er godt nok, kan som nevnt, være at pasienten reinnlegges. Da blir det en ny runde på sykehuset som kunne vært unngått hvis pasienten hadde fått sykehjemsplass i første omgang. Else fortalte om en pasient som gang på gang ble skrevet ut til hjemmet. Pasienten omtales som en gjenganger med kronisk sykdom og angstproblematikk. Else og kollegaene ser at vedkommende ikke klarer seg hjemme og vet at hun føler seg utrygg. De opplever det som meningsløst når kommunen gjentakende ganger forsøker noe de erfarer ikke fungerer:

Likevel, gang etter gang, sier bestillerkontoret at vi skal prøve litt mer hjemme. Men det er veldig vanskelig å støtte dem i det når vi ser at det kanskje bare tar to uker, så kommer hun inn igjen.

I en tilsvarende sammenheng sa Berit: *"Du må skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra. Så kommer han vel inn etter to uker, tenker jeg."* Sykepleierne har fulgt pasienten over tid og blitt kjent med hans behov og ressurser. Utfra dette har hun dannet seg et bilde hun opplever som troverdig og riktig. Bildet har hun forsøkt å formidle i funksjonsbeskrivelsen. Det gjør det utfordrende å skrive pasienten ut til et tilbud som ikke samsvarer med deres vurdering. At ens vurdering ikke får det ønskede resultat for vedtaket kan oppleves som en underkjennelse av ens kunnskap og perspektiv. I fokusgruppen ble det sagt:

Det er vanskelig når de snakker som om de kjenner pasienten bedre enn deg fordi de har sett dette skjemaet og pratet med pasienten på sengekanten en halvtime, også sier de: "Han kan komme hjem med hjemmesykepleie "ganger fire".

Samtidig stemmer ikke alltid sykepleiernes bilde av pasienten med hvordan pasienten faktisk kan fungere: deres vurderinger er ikke alltid korrekte og tilbudet pasienten fikk, kan vise seg å fungere riktig bra. Anne har erfart dette:

Noen ganger kan ting endre seg når pasienten kommer hjem, og det går mye bedre enn vi trodde, fordi pasienten er mye dårligere når han er på sykehus enn hjemme. Så hvilken sannhet er rett?"

Men forståelse, innsikt og gode erfaringer endrer ikke det dilemmaet sykepleierne kan oppleve når de må skrive ut pasienten til et tilbud de ikke vurderer som godt nok.

6.7 Avslutning: konfliktsituasjonene.

Presentasjonen som nå er gjort, tar utgangspunkt i hvordan sykepleierne opplever at prosessen der pasienter skal skrives ut fra sykehus til kommunal helse- og omsorgstjeneste vanligvis forløper. Det er mulig å få et inntrykk av hva sykepleierne gjør i prosessen. Men i prosessen ligger det noen spenninger og konflikter, som også er en del av sykepleiernes hverdag. Sykepleierne erfarer konflikter dersom de må skrive ut pasienter selv om de synes det er for tidlig, eller hvis de må skrive ut pasienter til et tilbud de ikke synes er godt nok. Noen ganger må de overlate ansvaret for pasienten til noen de ikke stoler på at kan gi pasienten nødvendige bistand. Sykepleierne kan oppleve å skulle gjøre alle fornøyd uten selv å ha mulighet til å ha en avgjørende mening. Når de forsøker å formidle sin mening eller påvirke beslutninger, kan de hindres av at det medisinske perspektivet dominerer, eller av at

hensyn til sosiale, psykologiske, kognitive forhold kommer i andre rekke. Disse konfliktene vil være nyttige for å kunne kartlegge dilemmaer sykepleierne møter, hvilke forventninger som da er i konflikt, samt hvordan sykepleierne kan håndtere dilemmaene. Dette vil kunne bidra til å svare på prosjektets problemstilling.

7 DISKUSJON.

7.1 Introduksjon.

I det følgende vil jeg belyse og diskutere problemstillingen ut fra det empiriske materialet: Hvordan utøver sykepleiere faglig skjønn, og hvilket handlingsrom har de når pasienter skal overføres fra sykehus til kommunalt helse- og omsorgstilbud? I diskusjonen dras det veksler på teorigrunnlaget (kapittel 2), standardene (kapittel 3) og aktuell forskning (kapittel 4). Det henvises fortløpende til sidenummere fra empirikapitlet.

Innledningsvis (7.2) gis en fremstilling av skjønnets handlingsrom slik det fremstår gjennom sykepleiernes beskrivelser. Grunnlaget for fremstillingen er Dworkins resonnement om at standarder skaper et handlingsrom. Jeg diskuterer hvilket "hull i smultringen" standardene tilbyr. Videre beskrives vilkårene for skjønnets forutsetninger, slik Martinsen fremstiller dem, i handlingsrommet. Jeg viser at det i handlingsrommet eksisterer et spenningsfelt: sykepleierne må forholde seg til premisser som gir ulike muligheter for å anvende skjønn og for å handle ut fra skønnsvurderinger. Deretter diskuteres (7.3-7.5) hvordan sykepleierne utfolder seg i dette handlingsrommet, samt hvordan de påvirkes av og forholder seg til de normative premissene. Spenningsfeltet i handlingsrommet innebærer at sykepleierne står i en rollekonflikt. Én mulig konsekvens av rollekonflikten er at sykepleieren kan måtte tilpasse seg en utførerrolle, som gjør det utfordrende å samtidig skulle ivareta en profesjonell rolle. Avslutningsvis (7.6) diskuteres noen mulige konsekvenser og utfordringer for samhandlingen mellom tjenestenivåene.

7.2 Skjønnets handlingsrom.

7.2.1 Handlingsgrunnlaget: "Det beste for pasienten".

Når sykepleierne utfra sin vurdering av pasienten første døgnet beslutter å sende A-skjema (s. 59), når en deltaker i fokusgruppen i funksjonsbeskrivelsen presiserer at pasienten bare kan gå et par meter (s. 72), når Fanny oppfordrer pasienten til å ønske seg korttidsopphold på sykehjem (s. 77), eller når Anne protesterer på at pasienten må reise hjem (s. 80), har de alle

en hensikt: de søker å forsikre seg om at pasienten skal få et best mulig omsorgstilbud etter utskrivelsen. Denne hensikten kan beskrives med ordene til en deltaker i fokusgruppen som: *"det beste for pasienten"* (s. 71). I de nevnte situasjonene har sykepleierne utviklet og etablert en skjønnsbasert forståelse av hva *"det beste for pasienten"* innebærer. Parallelt med at sykepleierne blir kjent med pasienten og samler sammensatt informasjon om ham, tar de i bruk sin erfaringskunnskap og fagkunnskap: som når Anne og Dina intuitivt får et bilde av hva som bør skje med pasienten (s. 57). En slik intuitiv forståelse er i følge Martinsen (1989) et kjennetegn ved skønnsvurderinger. Utfra skjønn etablerer sykepleierne et utgangspunkt for sin praksis, slik Krogstad og Foss skriver (1997). Når Fanny reflekterer over hvordan kan det bli for pasienten å komme hjem, bruker hun dømmekraft og veier mulige konsekvenser av forskjellige vedtak (s. 58), på en måte som sammenfaller med Martinsens (2000) og Alvsvågs (2007) beskrivelser av skjønn. Det sykepleierne gjør gjennom observasjon, kartlegging og ved å etablere et handlingsgrunnlag, innebærer at de bruker sin kunnskap, kompetanse og erfaring, slik Grimen (2008) påpeker at profesjonell praksis er et samspill mellom teoretisk og praktisk kunnskap.

Sykepleiernes forståelse utvikles nær pasienten. Både Anne og en deltaker i fokusgruppen fremhever at sykepleiernes nærhet til pasienten er sentral (s. 53-54). Gjennom nærhet vekkes empati og engasjement som motiverer sykepleierne til handling. Dette understrekes også av Martinsen (2005) som påpeker at relasjon og empati er grunnleggende premisser for å kunne handle omsorgsfullt. Men samtidig som sykepleierne danner seg en forståelse av hva som vil være det beste for pasienten, må de forholde seg til standardene i utskrivelsesprosessen. Standardene vil påvirke sykepleiernes mulighet til å oppnå *"det beste"*. Et spørsmål er da: hvilke standarder opplever sykepleiere at de skal etterleve, og hvordan påvirker de sykepleieres handlinger og vurderinger?

7.2.2 Handlingsrommet.

For å omtale føringene og rutinene sykepleierne må forholde seg til brukes, som nevnt, begrepet *"standard"* som er begrepet Dworkin bruker (1977). I følge både Dworkin og Martinsen må standarder tolkes for å forstå hvordan de skal etterleves i konkrete

situasjoner. Tolkning gjør det mulig å forstå hvilke handlingspremisser standardene tilbyr i en gitt situasjon.

Ut fra sykepleiernes beskrivelser av sine erfaringer med standardene fremstår konturene av handlingsrommet de står i. Det tydeligste kjennetegnet ved handlingsrommet, slik jeg ser det, er at standardene skaper et usynlig skille gjennom det. På den ene siden av skillet befinner de standardene omtales som føringer for profesjonell aktivitet seg. På den andre siden av skillet er standardene som jeg har valgt å betegne som politiske, administrative føringer, som inkluderer samarbeidsavtaler og de fleste konkrete, lokale rutine ved sykehuset. Dette skillet vil jeg forklare nærmere.

Standardene for profesjonell aktivitet kan betegnes som overordnede og generelle. Helsepersonelloven er eksempel på en slik standard. I loven fremholdes at helsepersonell skal *"utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes"*. Forsvarlighet er altså et sentralt premiss. Når en deltaker i fokusgruppa for eksempel forsøker å utsette en beslutning om utskrivningsklarhet (s. 69), eller når Christian vurderer at en pasient kan reise hjem (s. 59) gjøres dette i samsvar med hva de anser som faglig forsvarlig. Men sykepleierne kan ha individuelle oppfatninger av hva forsvarlighet innebærer, slik Fanny og Christian har ulike oppfatninger av når det er forsvarlig å skrive ut pasienter (s. 58-59). Terum (2003) advarer mot for stort rom for individualitet fra profesjonelles side fordi det kan føre til urettferdig behandling. Å vurdere hva som er forsvarlig åpner opp for refleksjon og tilpasning. Samtidig er det et dilemma at definisjonen av forsvarlighet ikke er absolutt og konstant. På samme måte kan det også være vanskelig å fastslå om noe er uforsvarlig. Usikker og individuell forståelse av hva forsvarlighet innebærer kan føre tilfeldig praksis.

Yrkesetiske retningslinjer er en standard med tilsvarende trekk. I retningslinjene fremholdes at sykepleiens grunnlag er at sykepleiere skal *"ha respekt og vise omsorg for enkeltmennesket"*. Respekt og omsorg er premisser sykepleierne skal forholde seg til. I retningslinjene presiseres det også at sykepleieren skal være lojal med arbeidsstedets *"visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer"*, så langt de samsvarer med sykepleiens grunnlag. Her der det underforstått at grunnlagstanken rangeres over arbeidsstedets retningslinjer. Ut fra retningslinjene forventes dermed ikke absolutt lojalitet med sykehusets

retningslinjer, dersom sykepleieren vurderer at de strider mot sykepleiens etiske grunnlag. Ett uttrykk for dette er Dinas synspunkt om at hun handler rett når hun støtter pasientens ønske om og behov for sykehjemsplass, til tross for at dette kan stride med prinsippet om at hun ikke får anbefale (s. 75). Dinas forståelse av hva som er omsorgsfullt samsvarer ikke med det prinsippet tillater. Dina kan her få støtte fra både Dworkin og Martinsen, som påpeker at selv om en handling er korrekt utfra lov eller retningslinje, kan den likevel være etisk gal. I slike situasjoner hevder de at man er ansvarlig for å handle etisk riktig.

Premissene fra standardene for profesjonell aktivitet representerer noen moralske idealer og verdier. De åpner et relativt stort rom for skjønnsutøvelse, der sykepleierne kan finne og velge mellom ulike handlingsalternativer. Dette likner det Dworkin (1977) kaller sterkt skjønn, som gir rom for individualisering og tilpasning til den enkelte pasients behov. Sykepleierne gis mulighet til å handle slik at de kan oppnå *”det beste for pasienten”*. Samtidig kan sykepleieres individuelle tolkninger av premissene føre til at pasienter får ulik oppfølging avhengig av hvilken sykepleier de møter. Dette kan bli et dilemma hvis det fører til urettferdighet eller tilfeldighet.

På den andre siden av skillet befinner politiske, administrative føringer, samarbeidsavtaler, og de lokale retningslinjene seg. Felles for disse er at de er mer konkrete og gir tydeligere handlingsanvisninger, og det trengs derfor mindre tolkning for å omsette dem i praksis. For eksempel fastslås i retningslinjene for A- melding at meldingen skal sendes innen 24 timer, på en bestemt kategori pasienter. Dette gjør det mulig å handle tilnærmet likt i liknende situasjoner, som igjen kan forhindre forskjellsbehandling og tilfeldighet.

”Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter” har til hensikt å tilstrebe forsvarlig ressursbruk og ryddige utskrivelser utfra en medisinsk vurdering. Men Annes erfaring (s. 69) viser at dette kan føre til at hennes mening om at pasienten kan profitere på å få være litt lenger på sykehuset nedvurderes. Noen av sykepleierne uttrykker at de synes det medisinske perspektivet kan være for dominerende, slik Anne, Dina, Else og en deltaker i fokusgruppen forteller (s. 68-70). De risikerer da at hensyn til funksjon, kognitive og sosiale forhold fortrenses: forhold som står sentralt i sykepleiernes beskrivelse av hva de innhenter informasjon om (6.3.3) og i deres forståelse av pasienten. Så selv om forskriften kan sikre likebehandling, ivaretas ikke nødvendigvis pasienters individuelle behov.

For at individuelle behov skal medregnes må sykepleierne tilstrebe at de skal få plass, slik deltaker i fokusgruppen og Dina forsøker å gjøre når de argumenterer for at pasienten kan trenge mer tid på å komme seg (s. 70). Andre sykepleiere bruker argumenter av mer administrativ karakter, som at de må få gjort avtaler med hjemmetjenester, heller enn å argumentere med pasientens funksjon. Disse sykepleierne velger altså å bruke et administrativt språk og ikke et språk basert på individuelle behov og omsorgen for enkeltmennesket, slik Martinsen (Kirkevold 2009) hevder at man bør.

I forskriften fastslås at sykehuset kan kreve betaling fra kommunen for pasienter som venter utover en fastsatt tid. Med dette håndheves forskriften delvis gjennom økonomiske virkemidler. Busch (2005) og Grund (2006) skriver at standarder i NPM- tradisjon kjennetegnes ved at det knyttes økonomiske systemer til etterlevelsen av dem, noe som gjør dem mer bindende. Dette er et praktisk eksempel på det Martinsen (2005) omtaler som at systemets prinsipper spiser seg inn i, og dels overtar omsorgens område.

Noen av de politiske og administrative standardene springer ut fra ønsker om fremdrift, forutsigbarhet og økonomisk effektivisering. Dette eksemplifiseres gjennom Berits og Christians innstilling til at effektivitet er et viktig mål, som også ofte vil være det beste for pasientene (s. 62). Samtidig opplever deltakere i fokusgruppen at hensyn til økonomi og effektivitet kan være for dominerende (s. 63). Annes utsagn om at det høye tempoet ikke lar seg forene med de eldste og skrøpeligste pasientenes behov er et eksempel på at det kan oppstå konflikt (s. 63).

Gjennom funksjonsbeskrivelsen formidler sykepleierne sin vurdering av pasientens funksjonsnivå til bestillerkontoret. Det at beskrivelsen er basert på avkryssing tilsier at det burde være mulig å gi en generell, objektiv vurdering. Men Dina opplever det som utfordrende å formidle sin vurdering av pasienters mentale og psykiske tilstand i skjemaet (s. 73). Derfor skriver hun og flere andre rikholdige tilleggsopplysninger og fremhever både pasientens ønske og sin egen oppfatning i skjemaet (s. 72-73).

Prinsippet om at sykepleiere ikke får anbefale tiltak, men at de skal formidle objektive observasjoner til bestillerkontoret, fremstår som problematisk. Det er lite i sykepleiernes beskrivelser som tyder på at det er mulig for dem å være objektive. Selve forståelsen deres

springer ut fra individuelle, subjektive vurderinger. Dette støttes av Nortvedts (1998) poeng om at det er nærmets umulig å observere objektivt, da observasjon i sykepleie er en moralsk, subjektiv handling. Samtidig kan prinsippet om at sykepleiere ikke får anbefale gjøre det mulig å sette en grense for hvor langt sykepleiernes ansvar skal gå, slik en i fokusgruppen påpeker (s. 76).

De politiske, administrative føringer, samarbeidsavtaler og lokale rutiner er mer forpliktende, og gir rom for et svakere skjønn enn det føringene for profesjonell aktivitet gjør (Dworkin 1977). Handlingsalternativene er i større grad gitt, noe som kan redusere faren for tilfeldighet. Samtidig kan mulighetene for tilpasning til pasienters individuelle behov reduseres.

Martinsen (2005) fokuserer på skjønnets forutsetninger, som innebærer at det må finnes mulighet for tid, refleksjon, relasjon og samtale for at skjønnnet skal kunne være aktivt. Flere av sykepleierne har erfart at samtaler, møter og dialog mellom aktørene i samhandlingen har positiv betydning. Gjennom direkte kontakt gis aktørene mulighet til å nyansere og forklare sine synspunkter og til å forstå motparten (s. 76). Dette støttes av Conollys (2009) funn om at sykepleiere kan oppleve at samarbeidsmøter letter informasjonsoverføringen. Gjennom diskusjon kan leger og sykepleiere balansere sine perspektiver og hensyn til medisin og funksjon. Samtale og diskusjon kan være fruktbart for å etablere bredere forståelse og å finne nye handlingsalternativer.

Standardene gir skjønnets forutsetninger ulike vilkår. Også i dette henseendet eksisterer skillet mellom standardene. Flere av retningslinjene, som for eksempel rutiner for A- og B-melding og planlagt utskrivelsesdato, har som mål å fremme effektivitet. I fokusgruppen ble dette oppfattet som at de skal tilstrebe kortest mulige sykehusopphold slik at pasienter skal utskrives så fort som mulig (s. 62). Når Berit må innlede møtet med pasienten med å fokusere på et begrenset tidsperspektiv (s. 53) opplever at hun ikke alltid får mulighet til å være den sykepleieren hun ønsker å være. Høyt tempo og lite personlig kontakt kan begrense mulighetene til å etablere en relasjon, og det kan føre til at muligheten for dialog og forståelse fortrenges. Flere av de lokale retningslinjene ser dermed ut til å gi skjønnets forutsetninger dårligere kår (Martinsen 2005). Dette samsvarer også med Conollys studie (2009), som viser at sykepleiere opplever et betydelig press på at utskrivelser skal skje fort,

og det blir utfordrende å skape nødvendig fleksibilitet i systemet. Samtidig kan deres sympati med pasientene bli underordnet: de stilles primært ansvarlige for hvordan de fremmer effektivitet.

Handlingsrommet som trer frem er ikke statisk; det endrer seg fra situasjon til situasjon. Forskjellige normative premisser innebærer ikke nødvendigvis motsetninger, men de påvirker sykepleiernes handlingsrom på forskjellige måter. Svært forenklet beskrevet gir de overordnede, profesjonelle et større rom for skjønn enn de politiske, administrative, fordi de i mindre grad fastsetter handlingsalternativer, de gir større rom for individualisering og tilpasning, og det er opp til den enkelte sykepleiere å vurdere hva som er riktig og godt i situasjonen. Handlingsrommet som gis av politiske, administrative standarder ser ut til å gi dårligere vilkår for skjønnets forutsetninger enn det de overordnede, profesjonelle gjør.

Skjønnets handlingsrom påvirkes i stor grad av hvordan den enkelte sykepleier tolker, forstår og etterlever standardene og hvilken plass de gir skjønnets forutsetninger. Sykepleierne står med ett ben på hver side av det beskrevne skillet. Skillet kan likne det Busch og Vanebo beskriver som et skille mellom "demokratiske" verdier og "økonomiske" verdier (2005 s. 78). De hevder at økonomisk verdier ofte får dominere i offentlig sektor, på bekostning av de demokratiske. Sykepleierne står i en "skvis" der de må balansere mellom standarder og premisser av ulik karakter. I denne skvisen kan det være problematisk å oppnå *det beste for pasienten*. På neste side gis en fremstilling av hovedtrekkene i skillet gjennom handlingsrommet.

ET SKILLE GJENNOM HANDLINGSROMMET:

TABELL 3:

KJENNETEGN VED PROFESJONELLE OG FAGLIGE STANDARDER.	KJENNETEGN VED POLITISKE OG ADMINISTRATIVE STANDARDER.
<p>Overordnede og generelle</p> <p>Eksempel på premisser: forsvarlighet, omsorg, respekt.</p> <p>Fokus på enkeltmennesket, individualisering.</p> <p>Overlater til den enkelte å finne handlingsalternativer → Må bruke skjønn.</p> <p>Lite konkrete handlingsanvisninger → Rom for individualisering og tilpasning.</p> <p>Overlater til den enkelte å vurdere hva som er riktig handling → Må bruke skjønn.</p> <p>Åpner for individuell tolkning → Fare for tilfeldighet og urettferdig behandling.</p> <p>Samvittighetsstyrt.</p> <p>Subjektivitet er gyldig.</p> <p>Rom for sosiale, psykologiske hensyn.</p> <p>Gir rom for skjønnets forutsetninger.</p>	<p>Spesifikke, mer lokale.</p> <p>Eksempel på premisser: rettferdighet, effektivitet, ressursbruk.</p> <p>Fokus på pasienter som gruppe, likhet</p> <p>Handlingsalternativer er ofte gitt.</p> <p>Konkrete handlingsanvisninger → Mindre rom for tilfeldighet og urettferdighet</p> <p>Det er ofte gitt hva som er riktig handling → Mindre behov for skjønn.</p> <p>Mindre mulighet for individuell tolkning → Mindre mulighet for individualisering og tilpasning.</p> <p>Ofte styrt av økonomisk effektivitet.</p> <p>Objektivitet et mål.</p> <p>Stor vekt på medisinske forhold.</p> <p>Kan fortrenge skjønnets forutsetninger.</p>

7.3 Sykepleierne i handlingsrommet.

Handlingsrommet representerer noen muligheter, men hvordan mulighetene tas i bruk er dels opp til den enkelte. Det varierer fra sykepleier til sykepleier hvilke premisser de vektlegger og hvordan de etterlever dem. For noen er fungering, egenomsorg og sosiale hensyn sentralt, mens andre vektlegger drift, raske utskrivelser og somatiske forhold. Fordi deres holdninger påvirker deres handlinger, blir holdning og handling to sider av samme sak. Hellesø og Fagermoen (2010) skriver at sykepleiere har ulike forståelser av hva det innebærer at pasienter er utskrivningsklare. I min undersøkelse gjelder dette også internt på sykehuset.

Et eksempel er hvordan Fanny og Christian vurderer informasjon om pasientens sosiale situasjon og ser for seg en mulig tilværelse i hjemmet. Fordi de vektlegger ulike forhold, vurderer de tilsvarende situasjoner forskjellig, og deres handlinger drar i forskjellige retninger. Fanny formidler at hun forsøker å tale pasientens sak: hun ønsker å være pasientens advokat og ta ansvar for hva som skjer etter utskrivelsen (s. 66). Christian anser seg som en medisinsk assistent, der han skal *"hjelp til med den medisinske behandlingen"* (s. 66-67), med ansvar for å tilstrebe effektivitet slik at sykehuset kan fylle sin funksjon. Denne forskjellen fører til at de forholder seg ulikt til utskrivelser. Når Fanny argumenterer med hensynet til den enkelte pasient kan hun "holde igjen" hvis hun frykter at det går for fort. Christians hovedargument er drift av sykehuset og hensynet til pasientene som gruppe, noe som gjør ham til en pådriver for utskrivelser. Å finne den *gyldne middeelveien* (s. 62) mellom å påskynde utskrivelser og å tilstrebe tilstrekkelig tid, som en i fokusgruppen snakket om, ser ut til å være utfordrende.

Sykepleierne kan forsøke å sikre individualisering gjennom måten de tolker og etterlever standardene på. Ved å understreke eller fremheve informasjon om sosial situasjon eller psykologisk og kognitiv fungering kan sykepleierne gi rom for enkeltpasienters behov. Men forsøk på å forlenge opphold, utsette utskrivelser, eller påvirke vedtak kan oppfattes som forsøk på å strekke, tøye eller gå utenom retningslinjene. Dette aksepteres ikke alltid og dermed kan sanksjoneres, slik Dina opplevde da hun fikk klage på at hun hadde anbefalt noe (s. 75). En utfordring Hellesø og Fagermoen (2010) påpeker er gjenkjennbar: sykepleiere kan omgå formelle rutiner dersom de anser det som nødvendig.

7.3.1 Konfliktsituasjonene.

Konfliktsituasjonen sykepleierne kan oppleve (s. 83) har noen fellestrekk. Eksempler er Annes erfaring med å skrive ut en skral patient på kort varsel til et tilbud hun ikke syntes var godt nok (s. 80-81, når Dina er utrygg på om hjemmetjenesten klarer å ivareta pasienten (s. 81-82) eller når pårørende klager på vedtak som sykepleieren ikke kan påvirke (s. 67). I noen slike situasjoner er det motsetning mellom premissene sykepleierne forventes å etterleve og premissene de selv ønsker å handle utfra. Ofte handler det også om en konflikt mellom premisser i politiske, administrative standarder og faglige, profesjonelle standarder.

Men selv om sykepleierne håndterer konflikter ved å etterleve vedtak og standarder av politisk og administrativ karakter, består dilemmaet for den enkelte hvis de går på akkord med faglige, profesjonelle normer. Dilemmaet kan de kjenne på kroppen ved at de får "klump i magen" og samvittighetskvaler, slik Anne og flere i fokusgruppen beskriver (s. 81-82). Anne frykter til og med at hun blir kynisk (s. 81). I konfliktsituasjonene kan sykepleiere "tvinges" til å vise sentimental lojalitet, eller sentimental omsorg, slik Martinsen (2000) omtaler det. De tillates å ha sympati med pasienten, men ikke å handle på grunnlag av det, slik en i fokusgruppen fortalte at hun tvinges til å "*være lojal her og der*" (s. 75), noe hun synes det er urettferdig fordi hun egentlig er uenig. Når noen snakker om at de skyver ansvaret over på pårørende, bestillerkontor eller leger, slik Else hevder at sykepleierne noe ganger gjemmer seg bak legene (s. 69), kan det være et forsøk på å beskytte seg mot dårlig samvittighet.

For å være effektiv nok, eller for å gjennomføre vedtak kan sykepleierne bli nødt til å distansere seg fra pasienten, noe som kan gjøre det utfordrende å samtidig etablere en relasjon til ham. Dette kan fortrenge en forutsetning for omsorg, slik Martinsen beskriver det. Sykepleiernes erfaringskunnskap og subjektive forståelse anses ikke alltid som gyldig handlingsgrunnlag. Dette understrekes av Martinsen (2005) som hevder at en del regelstyring og standardisering fortrenger denne typen kunnskap.

7.4 En dragkamp mellom to roller.

Slik jeg ser det, forsøker sykepleierne i konfliktsituasjonene å balansere mellom to ulike sett forventninger: de står i en rollekonflikt, som jeg velger å beskrive som en dragkamp. Jeg

omtaler rollene som "den profesjonelle" og "utføreren". Rollene, slik de beskrives, innebærer to ytterpunkter. Ingen sykepleier spiller den ene eller andre rollen, men en kombinasjon av begge. Konflikten handler om to roller som er internalisert i hver enkelt sykepleier: den er en intern dragkamp i den enkelte. I konflikten er det en spenning mellom hvilke normative premisser som skal gjelde.

Vike (2004) beskriver en tilsvarende rollekonflikt som oppstår når man forventes å ivareta ansvar for effektivitet og ressursbruk på den ene siden, og ansvar for den enkelte pasients individuelle behov på den andre. Han hevder at man i konflikten kan bli nødt til å "avlære" seg holdninger og moral som inngår i en profesjonell identitet. Handlinger som fremstår som riktige for den "profesjonelle", som når Fanny forsøker å utsette utskrivelser, kan være gale hvis man skal gjøre riktige utfra hensyn til det som er driftsmessig effektivt. Dragkampen kan betegnes som en konflikt mellom effektivitet og individuelle hensyn, slik Grund (2006) gjør når han beskriver en dobbel lojalitet.

Spørsmålet om hvilke premisser som skal være styrende dukker her opp på en tilsvarende måte som Molander og Terum (2008) omtaler. Skal hensyn til individ eller system legges til grunn? Er det omsorg eller effektivitet, subjektive eller objektive hensyn, som skal være avgjørende på vektskålen? Selv om ikke disse motsetningene nødvendigvis alltid står i konflikt, blir de sentrale når konflikt oppstår. Og i slike situasjoner blir evnen til argumentasjon sentralt. Både Martinsen og Dworkin stiller krav til skjønnsutøveres evne til å argumentere for sine handlinger. Sykepleieres hovedargument bør, i følge Martinsen, være omsorg for den svakeste. Sykepleiernes må kunne gyldiggjøre sine vurderinger og de hensyn de mener er viktige å ta hensyn til. Men utfordringen, slik Dina har opplevd, kan være at hennes argumenter overhøres eller anses som ugyldige, fordi de ikke er av medisinsk karakter, eller fordi de er subjektive.

Dragkampen synliggjøres spesielt gjennom mulighetene den enkelte rollen har til å ta ansvar, hvordan sykepleierne forsøker å ta ansvar, hva de faktisk er ansvarlige for, og hva de forventes å ta ansvar for. Dette likner Olsvolds fremstilling av ansvarspraksiser (2010). Sykepleierne fortalte mye om forventninger til at de skal ta ansvar for det praktiske rundt utskrivelsene, og at de er ansvarlige for kommunikasjon mellom partene og koordinering av samarbeidet. Samtidig er de ansvarlige for pleien av den enkelte pasient. I

konfliktsituasjoner kan det være utfordrende å vite hva man helst skal ta ansvar for: pasienten eller "systemet"? Sykepleiernes erfaringer tyder på at de ofte ser seg nødt til å ta ansvar for systemet. Olsvold skriver at sykepleiere er underlagt et dobbelt hierarki, der de både skal sikre pasientens individuelle behov, og sykehuset som system. For å gi et bedre bilde av dragkampen vil jeg beskrive de to rollene nærmere.

7.4.1 "Den profesjonelle"

I samsvar med fremstillingen av profesjoner i kapittel 2, har profesjonelle hatt frihet til å handle utfra egen vurdering og faglige dømmekraft, til å definere eget handlingsrom og finne handlingsalternativer. Samfunnet har tillit til dem, og profesjonelle er ansvarlige for sine handlinger overfor brukeren. Uttrykk noen sykepleiere brukte som kan beskrive denne rollen er: "*det er vår jobb å kjempe for dem*" (s. 65) og "*den åpne favnen*" (s. 53).

Den profesjonelle rollen ser ut til å fungere best i et handlingsrom som samsvarer med det som springer ut fra overordnede profesjonelle føringer. For den profesjonelle er argumenter av subjektiv karakter og informasjon om sosiale eller psykologiske forhold gyldige. Dette kan være argumenter om at pasienten trenger mer tid for å kunne se hvor bra han kan fungere. Det forutsettes at den profesjonelle evner å veie handlingsalternativer og konsekvenser på en forsvarlig måte utfra faglig kunnskap. Den profesjonelles erfaringskunnskap tillegges betydning, som når Anne mener at en eldre pasient kunne fungert bedre med et par dager lenger opphold (s. 63).

For den profesjonelle må skjønnets forutsetninger være til stede: det må finnes rom for tid, samtale og at mennesker møter hverandre. Et bærende premiss for den profesjonelle er at enkeltmenneskets behov dekkes, noe som forutsetter et uavklart og fleksibelt tidsperspektiv. Fleksibiliteten kan den profesjonelle oppnå ved å stille spørsmålstegn til en medisinsk vurdering, eller ved å fortelle bestillerkontoret hvordan de vurderer pasientens behov. Fordi individuelle hensyn går foran hensynet til effektivitet, kan den profesjonelle "holde igjen". Men det er et dilemma at en sterk vektlegging av den profesjonelle rollen kan legge grunnlag for en individualisering som skaper ulikhet og vilkårlighet. Et annet dilemma er at slik praksis ikke nødvendigvis er bærekraftig.

Den profesjonelles ansvar er knyttet til et moralsk ansvar for pasienten (Nortvedt 1998). Men fordi sykepleierne ikke kan garantere for hvordan pasienten vil bli ivaretatt, blir det vanskelig å fylle dette ansvaret: de føler ansvar for noe de ikke har, eller kan ta, ansvar for. Vike (2004) beskriver sykepleiens ansvar som grenseløst og lite konkret, noe som gjør at det lett kan utnyttes. Fleksibiliteten sykepleiere skaper kan være nyttig for både pasienter og system. Men hvis man mislykkes risikerer sykepleieren å sitte igjen med opplevelse av avmakt og utilstrekkelighet.

Hellesø hevder at sykepleiere på sykehus kan ta et *for* stor ansvar for pasienten. Dette kan føre til at sykepleierens individuelle forståelse av hva som er *det beste* for pasienten, går foran pasientens eget ønske. Dette kan føre til at sykepleiere overkjører pasientens eget ønske (s. 78). Hvis opplevelsen av å ha ansvar for pasienten blir for stort kan det bli vanskelig å stole på, eller overlate ansvaret til andre aktører, utfra en tanke om at "pasienten har det best hos oss". Det er problematisk dersom samvittigheten alene og ikke de gode og faglige argumentene viser vei.

Sykepleier har i følge Helsepersonelloven ansvar for melde fra ved kritikkverdige forhold, og dersom pasientomsorg er truet. Men det er ikke lett dersom man går på akkord med krav til effektivitet og man deretter blir sanksjonert. Vestaviks (2007) funn om at sykepleiere kan oppleve det vanskelig å yte helhetlig omsorg innenfor de gitte rammene for drift. Særlig fordi sykepleierne i stor grad stilles ansvarlige for driften, slik Wong (2004) skriver.

7.4.2 "Utføreren."

Utførerrollen innebærer at utføreren forventes å handle i samsvar med en bestilling. En bindende og konkret bestilling garanterer i større grad for praksis, men kan begrense muligheten til å finne og velge mellom handlingsalternativer. Utføreren er ansvarlig for å gjennomføre det bestilte oppdraget, og stilles ansvarlig overfor bestilleren (Busch & Vanebo 2005). Dette kan, slik Kirchoff hevder (2010), redusere rommet for å utøve skjønn. Uttrykk sykepleierne brukte som kan beskrive utføreren er "*hjelp til med medisinsk behandling*", "*tilrettelegge*" (s. 66-67), "*koordinator*" og "*megler*" (s. 63).

Det handlingsrom utføreren står i likner det som springer ut fra politiske og administrative standarder. De gir konkrete handlingsanvisninger og krever i mindre grad tolkning og tilpasning. Slik kontrolleres i større grad sykepleiernes praksis (Svensson & Karlsson 2008). Ofte er det knyttet økonomiske føringer til dem, og økonomisk effektivitet er et ideal. Gyldige argumenter er ofte av medisinsk karakter og støttes av objektive fakta. Argumenter av subjektiv eller emosjonell art tillegges mindre betydning. Hensynet til den enkelte pasienten kan vanskeliggjøre kravene om effektivitet. Der den profesjonelle kan *"holde igjen"*, forventes utføreren å være en pådriver for utskrivelser. Utførerens handlingsrom er tidsmessig begrenset og gir mindre rom for fleksible løsninger. Martinsen påpeker at slike ting kan tilrettelegge for at helsetjenesten kan styres av myndigheter og økonomi, og ikke av helsepersonell, faglighet og skjønn (2005).

Med Olsvolds studie ser utførerens ansvar ut til å dreie seg om det hun omtaler som:

"å ivareta funksjoner og oppgaver som ikke er knyttet til direkte klinisk pasientarbeid, men som er knyttet til at de skal ivareta kontinuitet og stabilitet i pasientsirkulasjon og drift."

(Olsvold 2010: 126)

Sykepleieren stilles ansvarlig for at utskrivelser finner sted, at meldinger sendes, og for at transport og utstyr er på plass. Når pasienten er utskrivningsklar kan hun overlate ansvaret til bestillerkontoret. For utøveren er det er mulig å håndtere dilemmaer ved å forholde seg til det formelle ansvaret man har, slik Christian (s. 65) og Anne gjør (s. 67), når de håndterer noen dilemmaer ved å overlate ansvar til bestillerkontor og pårørende.

7.5 Sykepleieren - en utfører?

Innledningsvis undret jeg på hvilke konsekvenser samhandlingsprosessen kan ha for sykepleiernes rolle. Funnene fra intervjuene tilsier at sykepleierne stadig møter forventninger om at de skal fylle en *"utfører- sykepleier-rolle"*. Spesielt i konfliktsituasjonene trekkes de mot utførerrollen. Sykepleiernes muligheter til å påvirke forløpet reduseres i konfliktene. Hvis drift og utskrivelser blir dominerende kan det medføre at sykepleierne må gå på akkord med den *"profesjonelle sykepleieren"* som noen av dem ønsker å være. Sykepleiernes erfaringer med å være kontaktperson og koordinator viser også hvordan utførerrollen kan bli dominerende. De kan bruke mye ressurser på å forklare pasient og

pårørende hvordan systemet fungerer og hvordan de bør forholde seg, slik Christian, Anne og Berit beskriver. Når en deltaker i fokusgruppen opplever sykepleieren som en megler kan det bety at sykepleieren opplever ansvar for å finne en løsning alle kan være fornøyde med, uten å selv ha mulighet til å ha en egen mening.

Sykepleiernes erfaringer tyder på at det kan oppleves enklere, behageligere og mindre konfliktfylt å bevege seg i utførerens handlingsrom. Så lenge de etterlever premissene fra politiske administrative retningslinjer, forholder seg til det medisinske perspektivet, og tilstreber effektivitet, opplever de i liten grad dilemmaer, sanksjoner og konflikt: de "sklir gjennom", som Christian sier (s. 65). Konflikter kan ofte løses ved å overlate ansvar til aktører med større beslutningsmyndighet. Dermed kan sykepleieren gjemme seg bak retningslinjer og rutiner, eller bak andre aktører. Det blir mulig å ty til forklaringer som at "det er ikke vi som bestemmer" (s. 68) og "vi har ikke noe vi skulle sagt" (s. 82). Det kan være behagelig å slippe ansvar, eller å ha begrenset mulighet til å bestemme og påvirke. Utfører-sykepleieren kan i større grad enn "den profesjonelle" distansere seg i en del konflikter.

I motsetning til hva som gjelder for "utføreren", fremstår det som mer utfordrende å bevege seg i den profesjonelle rollens handlingsrom. Den profesjonelle kan stille spørsmålstegn ved beslutninger, men kan også oppleve flere konflikter når vedkommende må gå på akkord med sin egen vurdering av hva som er det beste for pasienten. Og hvis hun ikke lykkes i å oppnå "*det beste*", kan sykepleieren oppleve sanksjoner, slik Dina fikk kritikk fordi hun ikke hadde fulgt et prinsipp. Det er lite i sykepleiernes beskrivelser som forteller om at de stilles ansvarlige for hvordan de tar ansvar for pleie og omsorg til enkeltpasienter.

Hvilke konsekvenser kan det få hvis utførerrollen og det handlingsrommet den har til rådighet får dominere på bekostning av den profesjonelle rollen og dens handlingsrom? Sykepleiernes erfaringer tyder på at sykepleieren risikerer å gå fra å være pasientens advokat til å bli en megler i systemet. Muligheten til å handle utfra sykepleiefaglige idealer og skjønnsvurderinger kan reduseres fordi det ikke kan garantere for praksis. Hvis sykepleierens rolle i stor grad vil handle om å utføre andres beslutninger, kan det utfordre den enkeltes mulighet til å handle utfra erfaringskunnskap. Men når sykepleierne på mange måter tilstreber at enkeltmenneskers behov skal få plass, tilsier det at behovet for den profesjonelle rollen likevel eksisterer.

7.6 Konsekvenser for samhandlingen.

Avslutningsvis vil jeg dvele litt ved hva funnene kan ha å si for samhandlingen i helsetjenesten. Dette var én bakgrunn for at den aktuelle tematikken ble valgt. Sykepleiernes beskrivelser av samspillet mellom sykehus og kommune tyder på at det ikke alltid er god nok mulighet for kommunale planleggings- og samordningsbehov, som ofte krever tid. Dette aktualiserer spenningsforholdet mellom det at bestillerkontorene trenger tidlig varsling, og samtidig korrekt og tilstrekkelig informasjon (Paulsen & Grimsmo 2008). Utfordringer knyttet til at informasjon i funksjonsbeskrivelsen må tolkes er også tilstede, slik Anne og Dina kan oppleve. (s. 74). Direkte samhandling med kommunen, og særlig hjemmesykepleien som kjenner pasienten, gir sykepleierne mulighet til å utveksle informasjon og oppklare misforståelser. Gjennom direkte kontakt skapes forståelse. Dette kan få støtte av Hellesøs (2005) funn om at muntlige og uformelle samhandlingsmekanismer ikke mister sin betydning. Dette kan peke på at det vil bli viktig å sikre og utvikle mulighet for direkte samhandling og kommunikasjon.

Flere sykepleiere forsøker å bringe inn et helhetlig perspektiv fordi de anser at det medisinske er ikke tilstrekkelig. De som yter helsehjelp i kommunen trenger slik helhetlig informasjon (Danielsen & Fjær 2010). Likeverd, tillit og respekt er nedfelt som verdier i samhandlingsavtaler. Noen av sykepleierne, som Dina og Berit, har erfaringer som har ført til at deres tillit til de kommunale tjenestene er svekket. De har tatt i mot pasienter som ikke har fått den nødvendige omsorgen i hjemmet, eller pasienter som reinnlegges. Derfor har de ikke alltid tillit til bestillerkontorets vedtak eller hjemmetjenestens oppfølging. Det er et paradoks at respekt og tillit er grunnleggende for at overføringsprosessen skal fungere, slik Danielsen & Fjær skriver (2010).

Dersom fremtidige standarder retningslinjer følger i sporet til flere av de administrative og politiske standardene, og hvis kostnads- og produksjonseffektivitet blir dominerende premisser, mener jeg at det er grunnlag for å spørre hvilke muligheter det vil finnes for å kunne ivareta de svakeste, pleietrengende, psykisk syke og skrøpelige eldre. De skal i da ivaretas i et system som i begrenset grad tillater individualisering, tid, refleksjon og fleksibilitet: forutsetninger for å kunne yte omsorg til dem.

8 KONKLUSJON OG AVSLUTNING.

Et sentralt utgangspunkt for masterprosjektet var den pågående innføringen av Samhandlingsreformen. Datamaterialet ble samlet inn under endringsprosessen der reformen stod på trappene. Jeg har gitt et bilde av sykepleieres mulighet for skjønnsutøvelse i en samhandlingsprosess. Bildet viser at sykepleieren tar i bruk sin fag- og erfaringskunnskap og dømmekraft fra første møte med pasienten. Utfra skjønnsvurderinger etablerer hun et handlingsgrunnlag som innebærer en forståelse av hva som vil være det beste tilbudet til pasienten etter sykehusoppholdet. Standarder, føringer og rutiner i samhandlingsprosessen legger noen rammer rundt handlingsrommet. I handlingsrommet påvirkes sykepleierens muligheter til å oppnå det beste for pasienten. Jeg har diskutert hvordan handlingsrommet deles av det som kan betegnes som profesjonelle, faglige standarder, og politiske, administrative standarder.

De profesjonelle, faglige standardene tillater, utfra premisser som omsorg og forsvarlighet, individualisering og tilpasning til den enkelte pasients behov. I denne delen av handlingsrommet er det rom for kreativitet og fleksibilitet, som gjør det mulig for sykepleieren å selv finne handlingsalternativer hun kan velge mellom. Dette danner, med Dworkins begrep, grunnlag for å si at standardene tilbyr et handlingsrom for sterkt skjønn. Argumenter basert på subjektive vurderinger og samvittighet er gyldige. I denne delen av handlingsrommet eksisterer også rom for skjønnets forutsetninger, slik Martinsen beskriver dem, ved at det blant annet er mulighet til å bruke tid på å fatte beslutninger, og for diskusjon og samtale mellom aktører. Samtidig knytter det seg noen dilemmaer til dette handlingsrommet. Sykepleieres individuelle vurderinger, og at dette igjen påvirker vedkommendes handlinger, kan føre til tilfeldighet, urettferdighet og variasjon. Det kan også legge grunnlag for en grenseløs og ressurskrevende individualisering. At denne delen av handlingsrommet fremstår som åpent og diffust kan gjøre det utfordrende for sykepleieren å sette grenser for hva hun faktisk skal være ansvarlig for.

Den andre delen av handlingsrommet eksisterer utfra de politiske, administrative standardene. De gir mer konkrete handlingsalternativer og anvisninger for hvordan

sykepleieren skal gå frem fordi det er mindre behov for tolkning og tilpasning. Denne delen av handlingsrommet er preget av rom for svakere skjønn, som kan redusere risikoen for tilfeldighet. Premisser som fremholdes er rettferdighet, likhet og effektivitet. Argumenter av objektiv, medisinsk karakter får best gehør. Samtidig kan mindre mulighet for variasjon føre til redusert mulighet for individualisering og tilpasning til pasienters behov. Skjønnets forutsetninger kan fortrenses fordi det er gis mindre tid til diskusjon, refleksjon og til etablering av relasjoner. Sykepleierens administrative ansvar er fremtredende. Samtidig er det problematisk dersom denne delen av handlingsrommet i betydelig grad muliggjør ansvarsfraskrivelse og automatikk.

De politiske, administrative standarder har en funksjon i å begrense dilemmaene fra de profesjonelle, faglige standardene, ved at de snevrer inn det åpne handlingsrommet og konkretiserer sykepleierens ansvarsområde. Men det kan være utfordrende å etterleve de profesjonelle standardene dersom de politiske og administrative føringene fortrenser dem. Min forforståelse om at sykepleierens stemme kan overhøres, ser ut til å kunne finne støtte i datamaterialet. Flere av sykepleierne strever for å få gehør for sine argumenter når de formidler en pasients behov.

Sykepleieren står i et spenningsfelt og en balansegang midt i dette handlingsrommet. Hun har ansvar for å både ivareta det beste for den enkelte pasient og samtidig forpliktelser overfor samfunnet og drift av helsetjenesten. Balansegangen kan betegnes som en rollekonflikt mellom den profesjonelle sykepleierrollen og en utførerrolle, der samfunnsoppdraget veier tungt i situasjoner der premissene er uforenelige. Forventningene til at sykepleieren skal handle i samsvar med de driftsmessige interessene er betydelige. Datamaterialet tyder på at sykepleieren kan skyves mot en utførerrolle, fordi det både kan være enklere og mindre konfliktfylt. De administrative standardene forsterkes ofte av sanksjoner og økonomiske incentiver. Men sykepleieren risikerer å sitte igjen med samvittighetskvaler dersom hun går på akkord med den sykepleierrollen hun ønsker å fylle.

Det beskrevne spenningsfeltet vil fortsette å eksistere. Dette gir grunn til å spørre hva som skal til for at sykepleiere kan mestre balansegangen på en god måte. Jeg vil hevde at sykepleiere trenger å øve opp evnen til å bruke sin dømmekraft og vurderingsevne, noe som forutsetter ferdigheter i å systematisk veie ulike sider av en sak, og å vurdere hvilke

premisser som skal vektlegges i en gitt situasjon. I dette ligger det utfordringer både for utdanningssystemer og praksisopplæring, men også for videre forskning.

Forholdet mellom kunnskapsdimensjonen ved skjønn og samvittighetsdimensjonen i sykepleieres yrkesutøvelse er et område som bør undersøkes og diskuteres nærmere. Er det slik at skjønnsvurderinger i betydelig grad bygger på en faglig ballast og forståelse for hvordan det går med pasienten, eller spiller den enkelte sykepleiers samvittighet og oppfatninger som ”pasienten ville hatt det bedre hos oss, jeg synes synd på ham” en for stor rolle?

Samspeillet mellom de to rollene kan være fruktbart dersom hensynet til pasientene og hensynet til system og drift står i en hensiktsmessig balanse. For at denne balansen skal kunne oppnås forutsettes det tid til og mulighet for samtale, diskusjon og direkte samarbeid, som kan gi grobunn for forståelse, og refleksjon. En utfordring er å etablere systemer som kan ivareta både effektivitet og økonomi, og individuell behandling og omsorg. Det knyttes fortsatt utfordringer til hvordan samhandlingen i helsetjenesten skal utformes. Prosjektet gir kunnskap som kan være nyttig i arbeidet med å utvikle hensiktsmessige samhandlingrutiner. En utfordring vil være å utvikle standarder og redskaper som kan sikre at nødvendige sosiale, psykologiske og fungerings hensyn tas med i en vurdering av pasienten. Selv om man ønsker å unngå urettferdighet, ser deler av samhandlingsprosessen, slik den er beskrevet her, ut til å kunne fortrenge hensyn til individualisering, som også kan medføre en form for urettferdighet dersom grunnleggende behov ikke dekkes. Utvikling av standarder bør baseres på en erkjennelse av at profesjonell praksis vil kunne medføre variasjon.

Datamaterialet i prosjektet er lite og innsamlet ved én enkelt arena. Likevel anser jeg at prosjektet gir relevante resultater som vil kunne være gjenkjennbare på og overførbare til andre arenaer og områder enn den jeg har studert. I tillegg både styrker og styrkes prosjektet av tidligere forskning. Prosjektet setter søkelys på en kjent tematikk, som omhandler spenningen mellom profesjoners selvstendige rolle og deres samfunnsoppdrag. Jeg anser at det er av fortsatt betydning å få mer kunnskap om dette. Selv områder som allerede er studert og beskrevet, vil det være fruktbart å studere ved å ta i bruk ulike teoretiske redskaper, fordi dette kan gi nye beskrivelser og bedre forståelse.

Referanseliste:

- Ahrne, G., Roman, C. & Frantzén, M. (2000). *Det sociala landskapet* (2 utg.). Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Alvsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I: H. Alvsvåg & O. Førland (red.), *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 205-232). Oslo: Akribe.
- Austgard, K. I. B. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen akademiske.
- Busch, T. & Vanebo, J. O. (2005). Bestiller- utførermodellen: utfordringer og problemområder. I: T. Busch & J. O. Vanebo (red.), *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer* (s. 144-157). Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T., Vanebo, J. O., Klausen, K. K. & Johnsen, E. (red.) (2005). *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christodoulidis, E. (2007). <http://www.holbergprisen.no/ronald-dworkin/om-ronald-dworkin.html>, University of Glasgow
- Connolly, M., Grimshaw, J., Dodd, M., Cawthorne, J., Hulme, T., Everitt, S. et al. (2009). Systems and people under pressure: the discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 549-558.
- Danielsen, B. V. & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 1, 2010, 28-34.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf): De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.) (2000). *Handbook of qualitative research* (2 utg.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Dworkin, R. (1977). *Taking rights seriously*. London: Duckworth.
- Dworkin, R. (1978). *Taking rights seriously*. Delhi: Universal Law Publ.
- Dworkin, R. (1993). *Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Dåvøy, G. A. M. (2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen: en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn*. Universitetet i Bergen, Bergen.

- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 31-53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (2000). The interview: From structured questions to negotiated text. I: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research* (2 utg., s. 645-672). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 71- 86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215): Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (2003). *Postmodern interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Halcomb, E. J. & Davidson, P. M. (2006). Clinical methods. Is verbatim transcription of interview data always necessary? *Applied Nursing Research*, 19(1), 38-42.
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hansen, G. V., Kirchhoff, J. & Ramsdal, H. (2009). Bestiller/utfører-modellen: økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten. I: T. Claussen & J. C. Karlsson (red.), *Den sköra balansen: arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet* (s. 147-162). Växjö: Växjö" universitet.
- Hanssen, B. H. (2008). Samhandling: Alle vil, da får vi det til. *Kronikk i VG*, 22.10.08.
- Hanssen, H. (2010a). *Brukermedvirkning ved fastsetting av vilkår*: Univertsitetet i Stavanger.
- Hanssen, H. (red.) (2010b). *Faglig skjønn og brukermdevirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity og care. *International Journal of Integrated Care*, 1-9.
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 807-822.

- Helse og omsorgsdepartementet (1999). Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter www.lovdato.no.
- Helse og omsorgsdepartementet (2011a). *133 millioner kroner til samhandling*, Pressemelding, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/133-millioner-kroner-til-samhandling.html?id=633708>
- Helse og omsorgsdepartementet (2011b). Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/ho-20111118-1115.html>.
- Helsedirektoratet (2011). *Godkjent regelverk, samhandlingsmidler*: http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_samhandlingstilta_k_og_lokalmedisinske_sentra_m_m_2011_792474)
- Helsepersonelloven (2001). Lov om helsepersonell, LOV-2012-05-04-23, . Helse og omsorgsdepartementet: <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>.
- Jeffries, S. We have a responsibility to live well. *The Guardian*, 31.03.2011, <http://www.guardian.co.uk/books/2011/mar/31/ronald-dworkin-morality-dignity-hedgehogs>.
- Jensen, B., Østre, S. & Hagen, U. (2010). *Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer. Samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi*: Høgskolen i Hedmark.
- Kirchhoff, J. (2007). NPM, Nye organisasjonsformer og profesjonelt arbeid, *Nettverk for organisasjonsforskning i Norge, NEON* (s. 17). Trondheim.
- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstads universitet, Karlstad.
- Kirkevold, M. (2009). Kari Martinsens omsorgsteori. I: M. Kirkevold (red.), *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2 utg., s. 168-182). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Korsnes, O., Andersen, H. & Brante, T. (red.) (1997). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogstad, U. & Foss, C. (1997). *Det handler om å kunne snu seg: sykepleie - kompetanse - handlekraft*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyte, L. & Hauge, S. (2010). Mennesket i DRG-systemets bilde - helt eller stykkpriset og delt? *Michael Quarterly*, 7, 234-243.
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3, 172-175.

- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family Practice*, 10(2), 201-206.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (1997). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribes.
- Melby, L., Hellesø, R. & Wibe, T. (2010). Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, nr 10, 1037-1039.
- Molander, A. & Eriksen, E. O. (2008). Profesjon, rett og politikk. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 161-176). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, L. I. (red.) (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (1998). Sensitive judgement: an inquiry into the foundations of nursing ethics. *Nursing Ethics*, 5, 385-392.
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grothe, K. H., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebo, A. et al. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged- professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34, 332-335.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle: om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3 utg.). California: Sage Publications.
- Paulsen, B. & Grimsø, A. (2008). *God vilje - dårlig verktøy: om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrengende eldre*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Regjeringen (2007).
http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/tidsskrift_nyhetsbrev/forsiden-kd-aktuelt2/kd-aktuelt-nr-9-2007/forskning/holbergprisen-2007-.html?id=492885

- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Førde, R. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2000). Data Management and Analysis Methods. I: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (red.), *Handbook of Qualitative Research* (2 utg., s. 769-802.). California: Sage Publications: Thousand Oaks.
- Seierstad, T. Ø., Holmeide, A. M. & Eimot, M. (2010). *Utskrivningsklare pasienter- hvem er de og hvor hører de hjemme?* : Analysesenteret AS.
- Skagerak Consulting (2010). *Økt poliklinisering og redusert UK- omstillingsarbeidet*: Intern rapport, Skagerak Consulting i samarbeid med Avdeling for samhandling.
- Sommerseth, R. (2010). Et faglig rom for skjønn: emosjoner, empatisk forståelse og refleksjonsposisjoner. I: H. Hanssen (red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning* (s. 79-99). Bergen: Fagbokforlaget.
- St. meld. nr. 47 (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-275). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sykepleierforbundet (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler (s. 44). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Terum, L. I. (2003). *Portvakt i velferdsstaten: om skjønn og beslutninger i sosialt arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Tøien, M. (2009). *Hvordan fungerer sykehusavdelinger som kontekst for kontinuerlig læring for sykepleiere?* , M. Tøien, Oslo.
- Vestavik, S. (2007). *Når omsorg er usynlig: erfaringer med å være sykepleier og utøve omsorg i akutte sykehusavdelinger*. Universitet, Oslo.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Weissert & C.S (1994). Beyond the Organization: The influence of Community and Personal Values on Street- Level Bureaucrats' Responsiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 4, 225-254.
- Wong, W. H. (2004). Caring holistically within the managerialism. *Nursing Inquiry*, 11, 2-13.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Prinsipper for primærsykepleiemodellen.
- Vedlegg 2: Funksjonsbeskrivelse, primærkontakt.
- Vedlegg 3: Funksjonsområder i Anamnese og Sykepleiesammenfatning.
- Vedlegg 4: Plan for utskrivelse.
- Vedlegg 5: Funksjonsbeskrivelsen.
- Vedlegg 6: Planlagt utskrivelsesdato.
- Vedlegg 7: Retningslinje A-skjema.
- Vedlegg 8: Retningslinje B-skjema.
- Vedlegg 9: Sosial planlegging og planlegging av utskrivelse, *utdrag*.
- Vedlegg 10: Forespørsel og svar fra sykehusledelsen.
- Vedlegg 11: Informasjon og forespørsel til enhetsledere.
- Vedlegg 12: Intervjuguide, individuelle intervjuer.
- Vedlegg 13: Intervjuguide, fokusgruppe.
- Vedlegg 14: Svar fra NSD.
- Vedlegg 15: Svar fra REK.
- Vedlegg 16: Svar fra sykehusets forskningsutvalg.
- Vedlegg 17: Informasjon og samtykke, individuelle intervjuer.
- Vedlegg 18: Informasjon og samtykke, fokusgruppe.

Vedlegg 1: Prinsipper for primærsykepleiemodellen.

Sykehusnivå - Opplæring av ansatte - Opplæring av helsepersonell - Sykepleie			Dok.id.: S.19.2.2.2
Grunnprinsipper etter primærsykepleiemodellen			Retningslinje
Utgave: 1.04	Utarbeidet av: Fagsykepleiere/ass.avdelingssykepleiere med, kir, rh avd	Godkjent av:	Gyldig fra: 08.02.2010

Utskrift kun gyldig på utskriftstidspunktet: 18.06.2011

1. HENSIKT

Å ivareta pasientens behov og interesser gjennom å avklare definerte arbeidsområder for Primærkontakten
Å tilstrebe at Primærkontakten er i direkte pasientrettet arbeid.

2. ANSVAR

- Enhetsleder er ansvarlig for at sykepleietjenesten i enheten er organisert slik at grunnprinsippene kan følges
- Fagsykepleier/ass.avdelingssykepleier er ansvarlig for opplæring/oppfølging av de ansatte
- Den enkelte primærkontakt er ansvarlig for å arbeide i tråd med grunnprinsippene

3. OMFANG

Grunnprinsippene gjelder alle som er definert som Primærkontakt

4. GRUNNPRINSIPPER

- **Helhetlig omsorg**
Innebærer at man ikke bare forholder seg til deler av pasienten, men til pasienten som et menneske i en helhetlig sammenheng.
- **Kontinuitet**
Innebærer at primærkontakten følger opp pasienten fra innkommst til utskrivning. Oppgavene delegeres til en sekundærkontakt/ pleieteamet når primærkontakten ikke er på vakt. Det er et mål at færrest mulig personer er involvert i pleien og at sykepleier er involvert i direkte pasientrettet arbeid.
- **Ansvar-og beslutningsmyndighet**
Primærkontakten har ansvar for og beslutningsmyndighet i forhold til sykepleien til sine primærpasienter.
- **Samarbeid med pasienter og pårørende**
Primærkontakten samarbeider direkte med pasient og pårørende for å kunne ivareta det helhetlige perspektivet. Pasient og pårørende vet hvem de skal forholde seg til, og kan i større grad være delaktig i planlegging av tiltak.
- **Direkte kommunikasjon med det tverrfaglige behandlingsteamet**
Primærkontakten har den direkte kontakten med de andre i behandlingsteamet, og koordinerer pasientens totale behandlingsopplegg.

Kryssreferanser

S.19.2.2.3 Funksjonsbeskrivelse for primærkontakt

Eksterne referanser

Digernes m.fl. "Primærsykepleie i praksis"
Spesialisthelsetjenesteloven, § 3 - 7
Pasientrettighetsloven, kapittel 3

Vedlegg 2: Funksjonsbeskrivelse, primærkontakt.

Sykehusnivå - Opplæring av ansatte - Opplæring av helsepersonell - Sykepleie			Dok.id.: S.19.2.2.3
Funksjonsbeskrivelse for primærkontakt			Retningslinje
Utgave: 1.03	Utarbeidet av: Fagsykepleiere/ass.avdelingssykepleiere med, kir, rh avd	Godkjent av: Lindemann Engzellius	Gyldig fra: 08.02.2010

Utskrift kun gyldig på utskriftstidspunktet: 18.06.2011

1. HENSIKT

Å definere primærkontaktens ansvar og funksjon

2. ANSVAR

- Enhetsleder er ansvarlig for at alle pasienter får tildelt en primærkontakt i tråd med lokale retningslinjer
- Fagsykepleier/ass.avdelingssykepleier er ansvarlig for opplæring/oppfølging av de ansatte
- Den enkelte primærkontakt er ansvarlig for å arbeide i tråd med funksjonsbeskrivelsen

3. OMFANG

Ved de somatiske avdelingene skal primærkontakten være autorisert sykepleier
Funksjonsbeskrivelsen gjelder alle som er definert som primærkontakt

4. FUNKSJONSBEKRIVELSE

Primærkontakten er hovedansvarlig for sykepleien til sine pasienter fra innkost til utskrivning

Primærkontakten

- er ansvarlig for at det gjennomføres inkomstsamtale og at pasienten får utfylt pasientkort
- Planlegger pleie og behandling, vurderer behovet for pleieplan og tar ansvar for å ajourføre denne.
- Tilstreber å utøve den direkte sykepleien til pasienten
- Koordinerer og samarbeider med tverrfaglig behandlingsteam og andre faggrupper vedr pasientbehandlingen
- Har den direkte kontakten med pårørende og det offentlige hjelpeapparatet etter avtale med pasienten
- Sørger for informasjon, undervisning og veiledning til pasient og pårørende etter behov og dokumenterer dette
- Tar ansvar for planlegging av utskrivelse og at sykepleiesammenfatning skrives ved behov.
- Ved primærkontaktens fravær overtar sekundærkontakt/ pleieteamet

Enhetsleder: Sørge for at alle pasienter får tildelt Primærkontakt etter lokal retningslinjer

Fagsykepleier/ass.avdelingssykepleier: sørge for at primærkontakten kjenner til "Grunnprinsipper etter primærsykepleiemodellen" og "Funksjonsbeskrivelse for Primærkontakt"

Kryssreferanser

S.19.2.2.2 Grunnprinsipper etter primærsykepleiemodellen

Eksterne referanser

Digernes m.fl. "Primærsykepleie i praksis"

"Celle stilles opp som en "kone"

Vedlegg 3: Funksjonsområder i Anamnese og Sykepleiesammenfatning

SPL Anamnese

Pasientens forventning til pleie og behandling:

Helse, levekår før aktuelle kontakt:

1. Kommunikasjon/sanser:

2. Kunnskap/utvikling/psykisk:

3. Åndedrett/sirkulasjon:

4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse:

5. Eliminasjon:

6. Hud/vev/sår:

7. Aktivitet/funksjonsstatus:

8. Smerte/søvn/hvile/velvære:

9. Seksualitet/reproduksjon:

10. Sosialt/Planlegging av utskrivelse:

11. Åndelig/kulturelt/livsstil:

12. Annet/legedelegerte oppgaver:

Vedlegg 4: Plan for utskrivelse.

Kort funksjonsbeskrivelse:

Planlagt utskrivningsdato:

Bydel:

Koordinator (navn og tlf):

Kartlegging:	Ja:	Nei:	Vedtak/ kommentar:
Hjemmesykepleie			
Hjemmehjelp			
Trygghetsalarm			
Hjelpemidler			
TT-kort			
Frikort			

A-skjema sendt			
B-skjema sendt			

Nytt behov etter utreise:	Ja:	Nei:	Spesifiser:
Hjemmesykepleie			
Hjemmehjelp			
Fysioterapi			
Logoped			
Ergoterapi			
Sosionom			
Hjelpemidler			
Rehabilitering			
LMS/ pasientskole			

Informert før utreise:	Ja:	Nei:	Kommentar:
Pårørende			
Hjemmespl./ bydel			
Rehabilitering			
Apotek ved Apodos / Multidose/ LAR			
Sykehjem/annen institusjon			

Har pasienten:	Behov for:	Nei/ Ikke behov:	Kommentarer:
Individuell Plan (registreres i F5- bildet)			
Innelåste medisiner			
Innelåste eiendeler i safe			
Klær til hjemreise			

Nøkler til hjemmet			
Behov for tilrettelagt transport hjem?			
Behov for å bli møtt i hjemmet?			

Avtaler:

Dato	Avtaler (inkl. hvem man har snakket med + tlf.)	Initialer

Vedlegg 5: Funksjonsbeskrivelsen.

Status når pasienten er utskrivningsklar:

Fysisk funksjonsnivå	Selvhj.	Noe hjelp	Mye hjelp	Kommentarer
Spising/ernæring				
Matlaging				
Adm. av medisiner				
Personlig hygiene				
Toalettbesøk				
Av- og påkledning				
Går i trapper				
Går ute				
Går inne				
Sanser	God	Middels	Dårlig	
Syn				
Hørsel				
Tale				
	Ja	Nei		
Inkontinent for urin				
Inkontinent for avføring				
Hukommelse/kognitiv funksjon	Ja	Nei	Noe	
Glemsk				
Orientert om tid og sted				
Uro/angst				
Utrygg				

Boforhold		
Enebolig	Bor alene	
Leilighet	Bor med frisk ektefelle	
Etasje	Bor med syk ektefelle	
Heis	Bor med andre/m/mindreårige barn	
Trapp	Pårørende som støtte	
Åpner selv	Andre som støtte	
	Kun offentlig støtteapparat	

Annen aktuell informasjon:

Vedlegg 6: Planlagt utskrivelsesdato.

Sykehusnivå - Pasientbehandling - Pasientadministrative prosedyrer			Dok.id.: S.17.2.8
Planlagt utskrivningsdato			Retningslinje
Utgave: 1.00	Utarbeidet av:	Godkjent av: Lillemor T. Engeli Pasientbehandling	Gyldig fra: 14.03.2011

Utskrift kun gyldig på utskriftstidspunktet: 19.03.2011

1. HENSIKT

- Bidra til at pasient og pårørende, behandlere i sykehuset og saksbehandlere i bydelene er kjent hvor lenge det er forventet at en pasient vil være innlagt i sykehuset.

2. ANSVAR

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren implementeres og følges.

Lege har ansvar for å definere planlagt utskrivnings dato.

Sykepleier har ansvar for å formidle planlagt utskrivningsdato til bydelene.

Andre i behandlingsteamet har ansvar for å skaffe seg oversikt over planlagt utskrivningsdato.

3. OMFANG

Prosedyren omfatter alle pasienter innlagt i medisinsk og kirurgisk avdeling.

4. DEFINISJONER

Planlagt utskrivningsdato:

Den dato lege ved tilsyn på post første virkedag antar at pasienten kan skrives ut.

5. PROSEDYRE

Legens ansvar:

- Definere planlagt utskrivningsdato ved tilsyn på post første virkedag etter innleggelse.
 - o Det er en forventning om at man "treffer" riktig utskrivningsdato for 70 - 80 % av pasientene
- Informere pasienten om planlagt utskrivnings dato så fort som mulig etter at dato er definert.
- Dokumentere planlagt utskrivningsdato i journal - førstedagsnotat/nynotat

Sykepleiers ansvar:

- Umiddelbart etter at lege har definert planlagt utskrivningsdato, dokumentere dette i *SPL Plan for utskrivelse* og på *Sengepostliste* (synlig på arbeidslista) i merknadsfeltet. ("PU: dato")
- Formidle informasjon om planlagt utskrivningsdato til bydel, og dokumentere at dette er gjort S.15.4.6 A-skjema
- Hvis planlagt utskrivningsdato endres, skal sykepleier informere bydel om ny dato, og deretter oppdatere *SPL Plan for utskrivelse* og *Sengepostliste*.
- Etter avtale med pasient, formidle informasjon om planlagt utskrivningsdato til pårørende.

Andre i behandlingsteamet

- Må ved behov innhente informasjon om planlagt utskrivningsdato fra *Plan for utskrivelse* eller fra ansvarlig sykepleier.

Kryssreferanser:

S.15.4.6

A-skjema

Vedlegg 7: Retningslinje A-skjema.

A-skjema: Melding om innlagt pasient			Retningslinje
Utgave: 3.00	Utarbeidet av:	Godkjent av: Avd.sjef Samhandling	Gyldig fra: 21.03.2011

1. HENSIKT

A-skjema er en melding til bestillerkontor om at pasient er innlagt i sykehuset. Hensikten med meldingen er at sykehuset og kommune så raskt som mulig skal utveksle nødvendig informasjon og opprette et samarbeid rundt pasientens eventuelle behov for videre tiltak.

2. ANSVAR

- Avdeling for samhandling er ansvarlig for at retningslinjen er oppdatert.
- Enhetsledere er ansvarlig for at prosedyren implementeres og følges Sykepleier er ansvarlig for å sende "melding om innlagt pasient"

3. DEFINISJON

A-skjema er det som i DIPS kalles "melding om innlagt pasient"

4. OMFANG

A-skjema skal sendes innen 24 timer etter at pasient er kommet på post. Dette gjelder for:

- alle pasienter som har hjemmetjeneste fra før
- alle pasienter som vi antar vil ha behov for hjemmetjenester som må være på plass ved utskrivelse (f.eks. hjelp til forflytning, personlig stell, ernæring og medisiner)

5. PROSEDYREBESKRIVELSE

- a. Samtykke om melding til bestillerkontor må innhentes fra pasienten**
- b. Sende A-skjema**

Sende A-skjema til pasienter som tilhører vår sektor:

- Aktiver pasient og åpne skjermbildet sengepostrutiner
- Klikk på PLO-informasjon
- Klikk på kikkerten, søk opp og velg sektor pasienten tilhører
- Hak av for at pasienten mottar kommunale tjenester.
- Lagre
- Kontroller i pasientens korrespondanselogg at meldingen er sendt (etter ca 3 min)
- Dokumenter i "Plan for utskrivelse" at A-skjema/melding om utskrivningsklar pasient er sendt

c. Respons på A-skjema.

Når A-skjema er sendt på pasienter som tilhører våre sektorer, skal saksbehandler ta kontakt med sykehuset innen 24 timer.

Sykepleier skal da kunne gi informasjon om:

- planlagt utskrivningsdato
- innleggelsesårsak
- aktuelt funksjonsnivå
- adr. og telefonnummer

Bestillerkontoret skal informere om:

- pasientens hjemmesituasjon før innleggelse
- tiltak før innleggelse
- evt. hjelpemidler i hjemmet før innleggelse
- evt. leverandør av tjenester

Vedlegg 8: Retningslinje B-skjema.

B-skjema- Melding om utskrivningsklar pasient			Retningslinje
Utgave: 3.00	Utarbeidet av:	Godkjent av: Avd.sjef Samhandling	Gyldig fra: 21.03.2011

1. HENSIKT

Hensikten med B-skjema er at kommune skal få informasjon om at pasienten er utskrivningsklar. Medisinsk utskrivningsklar er pasienten når punktene i "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" av 1998 er oppfylt. (evt. se "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" www.lovdata.no)

2. ANSVAR

- Avdeling for samhandling er ansvarlig for at retningslinjen er oppdatert.
- Enhetsledere er ansvarlig for at prosedyren implementeres og følges
- Lege er ansvarlig for å definere pasienten som utskrivningsklar. Lege skal skrive nødvendige medisinske opplysninger i dokument "PLO- helseopplysninger ved søknad".
- Sykepleier er ansvarlig for å skrive sykepleieopplysninger i "PLO-helseopplysninger ved søknad" og sende "melding om utskrivningsklar pasient" til aktuell sektor.

3. DEFINISJON

B-skjema er det som i DIPS kalles "Melding om utskrivningsklar pasient" og forsendelse av "PLO-helseopplysninger ved søknad".

4. OMFANG

B-skjema skal sendes til bydelens bestillerkontor når en pasient er medisinsk utskrivningsklar og sykehuset vurderer at:

- det er behov for et høyt omsorgsnivå (eks. institusjonsplass eller hjemmetjeneste 4-5 ganger daglig)
- det er vesentlige endringer i pasientens funksjonsnivå.

5. PROSEDYREBESKRIVELSE

B-skjema sendes den dagen pasienten er utskrivningsklar. Dette må skje innen kl 14. samme dag.

Lege:

- Opprett eller åpne (hvis det allerede er opprettet av sykepleier) journaldokumentet " PLO-helseopplysninger ved søknad".
- Fyll ut arkfanen "medisinske opplysninger"
- Det siste du skal gjøre i dokumentet er å sette navnet ditt inn ved "ansvarlig for medisinske opplysninger". Slik ser sykepleier at du er ferdig med din del av dokumentet.
- Lagre og lukk dokumentet (ikke godkjenn)

Sykepleier:

- Opprett eller åpne (hvis det allerede er opprettet av lege) journaldokumentet "PLO-helseopplysninger ved søknad".
- Se over at opplysninger under adresseinfo og pasientinfo, fastlege og pårørende stemmer.
- Søk opp og velg din post under "kontaktperson helsepersonell". Skriv inn postens telefonnummer.
- Hent opp og fyll ut hjelpedokumentet "SPL- funksjonsbeskrivelse utskrivningsklar". Når det er ferdig utfyllt, klipp ut og lim inn i "PLO-helseopplysninger ved søknad" under sykepleiersammenfatning. Fyll ut evt. andre viktige opplysninger i feltet "annet".
- Fyll ut feltet "er pasientens egensøknad sendt?". Hak av for ukjent. Dette er et obligatorisk felt.
- Det siste du skal gjøre i dokumentet er å sette navnet ditt inn ved "ansvarlig for sykepleieropplysninger". Slik ser lege at du er ferdig med din del av dokumentet. Lagre.
- Når lege og sykepleier har fylt ut sine deler av dokumentet skal det godkjennes.
- Åpne sengepostrutiner, klikk på arkfanen "PLO- informasjon". Hak av for "pasienten har søkt om kommunale tjenester.
- Klikk på arkfanen "Pasientoversikt" og hak av for at pasienten er utskrivningsklar og sett inn ansvarlig lege. Lagre. Det blir med dette sendt en elektronisk melding til sektor om utskrivningsklar pasient, med "PLO-helseopplysninger ved søknad" heftet på i samme melding.
- Kontroller at meldingen er sendt. Åpne pasientens korrespondanselogg.

Vedlegg 9: Planlegging av utskrivelse, utdrag. Sentrale momenter er understreket.

SOSIAL-PANLEGGING OG PLANLEGGING AV UTSKRIVELSE

Husk:

- Kom i gang med planleggingen så fort som mulig!
- Primærkontakt begynner å kartlegge pasientens sosiale situasjon og funksjonsnivå gjennom inkomstsamtalen første døgn.
- Påbegynn "Plan for utskrivelse" med en gang man ser det blir behov for hjelp etter utskrivelse.
- Primærkontakt har et spesielt ansvar som pådriver i planleggingen av en framtidig utskrivelse for sine pasienter.

Nettverksmøte:

- Pårørende og eventuelt pasient tilstede. Pasienten må samtykke i at møte kan holdes uten at han/ hun er tilstede, hvis pasienten har samtykkekompetanse.
- Ledes av sykepleier eller en annen person.
- Hjemmesykepleien til stede, eventuelt koordinator fra bestillerkontor.
- Tverrfaglig team tilstede.
- Innledning: avklare møtets varighet, mål: la alle som er tilstede få uttale seg.
- Konkludere med hva vi ble enige om og dokumentere dette i "Plan for utskrivelse"-
- Viktig at pårørende får gehør.
- Planlegge komplekse utskrivelser.
- Ta eventuelt i bruk Individuell plan.
- Sosial planlegging kartlegging av pasientenes sosiale situasjon/ bosituasjon.
- Avklare hva som bør skje med pasienter som trenger ytterligere hjelp etter utskrivelse.

Sektorskoordinator:

- Arbeider for å skape gjensidig forståelse for situasjon og oppgaver på 1. og 2. linjenivå.
- Finne løsninger for pasienter som blir "svingdørspasienter" i systemet.
- Bidra med gode samarbeidsrutine.

All planlegging relatert til utskriving dokumenteres på notat i DIPS; "Sykepleieplan for utskrivelse".
Skriv ned navn på personer du har snakket med og tlf. nr, samt de avtaler som er gjort. Noter også hva slags hjelp vi anser som nødvendig etter utskriving. Vi kan derimot ikke spesifisere våre anbefalinger om videre oppfølging på B-skjema. Det er opptil sektor og avgjøre hvilket tilbud vedkommende skal få.

Sykehjem:

Omfatter korttids,- rehabiliterings,- og -vurderingsopphold, eller vanlig fastplass. Pasienter som allerede har fastplass, skal ikke meldes når de er utskrivningsklare, men vi kontakter sykehjemmet de bor på om tilbakeflytting.

Sjekkliste for overflytting av nye pasienter til sykehjem:

- Informere pasient og pårørende om sykehjemsplass.
- Medisinsk kardex leveres til apoteket dagen før utskriving. Dette fylles ut av lege.
- Sammen med kardex følger et skjema hvor man skriver hvilket sykehjem pas skal til og når medisinene må være ferdige, samt legens navn.
- Gi muntlig rapport om pasienten til sykehjemmet.
- Skriv sykepleiesammenfatning, ta utskrift av siste oppdaterte pleieplan.
- Utskrift av siste lab-svar.
- Legeepikrise.

Husk på ved utskriving til hjemmet:

- Informere pårørende om hjemreise.
- Har pasienten nøkler?
- Mat hjemme?
- Klær å reise i?
- Penger til transport?
- Hvordan kommer pasienten seg hjem?
- Resepter.
- Medisiner (hjelp pasienten å kjøpe medisindosett, hvis ikke vedkommende har en hjemme)
- Sykepleiesammenfatning.

Vedlegg 10: Forespørsel og svar fra sykehusledelsen.

TIL SJEFFSYKEPLEIER

Oslo, 22.11.10

FORESPØRSEL OM Å FÅ INTERVJUE SYKEPLEIERE.

Mitt navn er Jorunn Aas Handeland. Jeg er sykepleier (...), men for tiden er jeg først og fremst masterstudent i helsefagvitenskap ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg jobber nå med min masteroppgave, som har arbeidstittelen: **"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."**

Jeg jobber utfra følgende problemstilling:

"Hvilket rom har sykepleieres skjønnsvurderinger, og hvordan beskriver de sine skjønnsmessige vurderinger, når pasienter skal overføres fra somatisk sykehus til kommunalt helse/omsorgstilbud?"

Hensikten med prosjektet er å:

- bli kjent med forventninger og normer som påvirker sykepleieres vurderinger når pasienter skal overføres fra sykehuset til kommunenes helse- og omsorgstjenester.
- synliggjøre hvordan eventuelle normative spenninger i samhandlingsprosessen påvirker sykepleiernes vurderinger.
- undersøke hvordan de håndterer spenningene.

Jeg skal gjennomføre en kvalitativ datainnsamling, basert på en kombinasjon av individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som jobber i somatiske døgnenheter.

Jeg ber med dette om tillatelse til å rekruttere informanter og gjennomføre intervjuer ved medisinsk og kirurgisk avdeling ved sykehuset. Informantene vil få muntlig og skriftlig informasjon, og jeg vil innhente skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter. All informasjon vil behandles anonymt og konfidensielt. Målet er å inkludere 8-15 informanter i prosjektet.

Pr. i dag ser jeg ikke at deltakelse vil kunne utgjøre noen betydelige ulemper for informantene. Å bli intervjuet kan være bevisstgjørende og lærerikt fordi informantene blir nødt til å reflektere rundt tematikken. Eventuell følsom informasjon vil håndteres med varsomhet.

Jeg er klar over at det kan by på utfordringer å gjøre en datainnsamling på egen arbeidsplass. Det er umulig for meg å ha et "utenfra- perspektiv", men det er heller ikke hensikten. Jeg ønsker å bli bedre kjent med den praksis vi står i. I intervjuene vil jeg være tydelig på at min

rolle i denne situasjonen er studentens, samtidig som jeg er ærlig på at jeg også kjenner sykehuset. Sjansen for at jeg vet hvem noen av informantene er, er til stede. Derfor vil jeg vurdere om kjennskapet er av en slik karakter at informanten ikke bør delta, for å forhindre eventuelle lojalitetskonflikter. Jeg mottar ikke noe økonomisk støtte for prosjektet.

Intervjuene planlegges å gjennomføres januar – mars 2011. Rapporten tilstrebes å ferdigstilles senest høsten 2011.

Etter forespørsel til Regional etisk komité og forskningsutvalget har jeg fått tilbakemelding om at det ikke er nødvendig å søke godkjenning fra dem for å gjennomføre datainnsamlingen, fordi jeg ikke skal intervju pasienter, samle inn pasientdata eller helseinformasjon.

Prosjektet skal meldes inn til Personvernombudet/ Nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Min veileder er Bodil Tveit, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets Høgskole.

Jeg håper dere kan vurdere forespørselen min. Det er fint hvis jeg kan få tilbakemelding på

Mob: xxx, mail: [xxx](#)

Får jeg tillatelse vil jeg henvende meg til de enkelte enhetsledere for gjøre avtaler for å rekruttere informanter.

Mvh Jorunn Aas Handeland.

Fra: Sjefssykepleier

Til: Jorunn Aas Handeland

Tittel: SV: Forespørsel om å få intervju sykepleiere

Dato: 2010-12-06 08:39

Hei.

Viser til din henvendelse. Din forespørsel er klarert med praksisfeltet både på Kirurgisk avdeling ved avdelingssjef XXX, og ved Medisinsk avdeling v XXX og vi ønsker deg velkommen til å foreta intervjuer med sykepleiere i klinikken.

XXX vil være din kontakt person ved medisinsk avdeling. Kirurgisk avdeling har enda ikke oppnevnt kontaktperson men vi antar det vil være oversykepleier XXX.

Dersom du trenger denne bekreftelsen mere formelt i form av et brev tar du kontakt med undertegnede.

Mvh XXX

Vedlegg 11: Informasjon og forespørsel til enhetsledere.

Til enhetsledere.

Oslo, 09.12.10

FORESPØRSEL OM Å FÅ INTERVJUE SYKEPLEIERE.

Mitt navn er Jorunn Aas Handeland. Jeg er sykepleier, men for tiden er jeg først og fremst masterstudent i helsefagvitenskap ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg jobber nå med min masteroppgave, som har arbeidstittelen:

"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."

Jeg jobber utfra følgende problemstilling:

"Hvilket rom har sykepleieres skønnsvurderinger, og hvordan beskriver de sine skønsmessige vurderinger, når pasienter skal overføres fra somatisk sykehus til kommunalt helse/ omsorgstilbud?"

Hensikten med prosjektet er å:

- bli kjent med forventninger og normer som påvirker sykepleieres vurderinger når pasienter skal overføres fra sykehuset til kommunenes helse- og omsorgstjenester.
- synliggjøre hvordan eventuelle normative motsetninger i samhandlingsprosessen påvirker sykepleiernes vurderinger.
- undersøke hvordan de håndterer motsetningene.

Jeg skal gjennomføre en kvalitativ datainnsamling, basert på en kombinasjon av individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju med sykepleiere som jobber i somatiske døgneheter.

Jeg ber med dette om tillatelse til å rekruttere informanter og gjennomføre intervjuer blant sykepleiere ved enheten. Informantene vil få muntlig og skriftlig informasjon, og jeg vil innhente skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter. Alt som sies i gruppeintervju er konfidensielt for deltakerne. All informasjon skal behandles anonymt og konfidensielt. Eventuell følsom informasjon vil håndteres med varsomhet. Målet er å inkludere totalt 8-15 informanter fra døgneheterne. Eneste utvalgsriteriet er at sykepleieren har jobbet i minst ett år.

Pr. i dag ser jeg ikke at deltakelse vil innebære noen betydelige ulemper for informantene. Å bli intervjuet kan være bevisstgjørende fordi informantene blir nødt til å reflektere rundt tematikken. Jeg er klar over at det kan by på utfordringer å gjøre en datainnsamling på egen

arbeidsplass. Det er umulig for meg å ha et "utenfra- perspektiv", men det er heller ikke hensikten. Jeg ønsker å bli bedre kjent med den praksis vi står i.

Sjansen for at jeg vet hvem noen av informantene er, er til stede. Derfor vil jeg vurdere om kjennskapet er av en slik karakter at informanten ikke bør delta, for å forhindre eventuelle lojalitetskonflikt. Jeg mottar ikke noe økonomisk støtte for prosjektet. Tillatelse til å gjennomføre intervjuene er innhentet fra sykehusledelsen.

Intervjuene planlegges å gjennomføres januar – mars 2011. Rapporten tilstrebes å ferdigstilles senest høsten 2011.

Jeg har fått tilbakemelding fra Regional etisk komité og forskningsutvalget om at det ikke er nødvendig å søke godkjenning fra dem for å gjennomføre intervjuer. Prosjektet er meldt til Personvernombudet/ Nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Min veileder er Bodil Tveit, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets Høgskole.

Jeg håper du kan vurdere forespørselen min.

Har du spørsmål kan du kontakte meg på: Mob: xxx, mail: xxx

Hvis du stiller deg positiv, tar jeg kontakt slik at vi kan avtale hvordan jeg skal informere og rekruttere informanter på din enhet.

Mvh

Jorunn Aas Handeland.

Vedlegg 12: Intervjuguide, individuelle intervjuer.

INTERVJUGUIDE, individuelle intervjuer.

- ✓ Gjennomgang av informasjon, få bekreftelse på at informasjonen er forstått,
 - ✓ Forsikre om at samtykke er underskrevet.
 - ✓ Kort hva intervjuet handler om, du kan gjerne fortelle fritt, komme med konkrete eksempler du har opplevd.
 - ✓ Har du noen spørsmål før vi begynner?
 - ✓ Hvor lenge jobbet:
 - ✓ Skru på opptakeren.
-

A. Erfaringer / situasjoner:

- ✓ Kan du fortelle om hva som vanligvis skjer i prosessen fra innleggelse til utskrivelse til kommune? Hva er dine oppgaver i prosessen? Konkrete situasjoner?
- ✓ Har du hatt pasient(er) der planlegging og gjennomføring av utskrivelsen har blitt problematisk? Kan du fortelle om situasjonen(e)? Hva gjorde situasjonen vanskelig? Hvordan opplevde du det? Hva gjorde du?
- ✓ Hva er en "vanskelig sak?"

B. Innleggelsen: ("du tar i mot Hr. Hansen, kommer hjemmefra, 80 år")

- ✓ Kan du fortelle hva du gjør og hva du ser etter når du tar i mot en pasient som du tenker vil trenge hjelp fra kommune etter sykehusoppholdet? Hva er dine oppgaver?
- ✓ Hvordan ser du at en pasient vil trenge hjemmesykepleie/ sykehjemsplass?
- ✓ Bruker du å spørre pasienten hva vedkommende ønsker når han skal skrives ut?

Det sies at "når en pasient legges inn, skal man forberede utskrivelsen fra dag 1":

- ✓ Kjenner du til dette? Hva tenker du om dette?
Påvirker det deg? Hvordan? Påvirker det forholdet til pasienten? Hvordan?
- ✓ A-melding: Kan du fortelle hva det er?
- ✓ Når fyller du ut skjema? Informerer du pasienten?

C. Oppholdet: (Fra det er sendt A- skjema)

- ✓ Kan du fortelle hva som er dine oppgaver gjennom oppholdet til pasientene, med tanke på planlegging av utskrivelse?
Synes du at du får gjort oppgavene på en god måte/ slik du ønsker?
- ✓ Formidler pasientene sine ønsker for hva som skal skje videre? Hvordan?
Hvordan tar du i mot dette og hvordan formidler du det videre til kommune?
- ✓ Hvilke erfaringer har du med kontakt med pårørende rundt utskrivning?
- ✓ Bruker du å snakke med noen i kommunen under oppholdet? Hvem tar kontakt?
Hvordan har samtalen vært? Om hva?

D. Beslutning om utskrivningsklar:

- ✓ Hva synes du skal til for å kunne si at en pasient er utskrivningsklar?
- ✓ Hvordan bestemmer dere at en pasient er utskrivningsklar? Hva avgjør? Hvem?
- ✓ Har du opplevd at det er vanskelig å avgjøre om en pasient er utskrivningsklar? Hvorfor var det vanskelig?
- ✓ Hvordan får formidlet hva slags hjelp du synes pasienten trenger? Til lege/kommune.
- ✓ B-skjema/ funksjonsbeskrivelsen: Kan du fortelle om det? Hva ønsker du å oppnå med det du fyller ut? Hva vil du formidle?
- ✓ Er det mulig å formidle det du ønsker gjennom skjemaet?
- ✓ Er det noe du ikke får formidlet via funksjonsbeskrivelsen? Hva?

E. Det sies at: "helsepersonell på sykehuset ikke får anbefale/ fortelle bestillerkontoret hva slags tilbud pasienten bør ha/ vil trenge etter utskrivelsen".

- ✓ Hvorfor finnes regelen? Hvordan opplever du den?
Påvirker den forholdet til pasientene? Forstår pasientene regelen?
- ✓ Har du noen gang opplevd av pasient eller pårørende har forsøkt å påvirke deg slik at du skal påvirke beslutning om et bestemt tilbud? Hvordan har du forholdt deg?
- ✓ Har du opplevd at du trenger å påvirke pasienter i en retning?

F. Utskrivelsen:

- ✓ Har du opplevd situasjoner der du ikke er enig i det tilbudet en pasient har fått?/
Pasienten får et tilbud du ikke synes er godt nok? Fortell...
Hvorfor synes du at tilbudet ikke var bra nok? Kunne du ha gjort noe annerledes?
- ✓ Har du opplevd at en pasient får et tilbud vedkommende/ pårørende ikke ønsker?
Hva sier du til pasienten i slike tilfeller? Hvordan reagerte pasienten? Hva gjør du?
- ✓ Kan du fortelle hva du gjør i selve utskrivningssituasjonen når pasienter skal til sykehjem eller hjem med hjemmesykepleie?
- ✓ Pasienten "må ta imot det tilbudet vedkommende får": regel for at systemet skal gå rundt.
Hvordan opplever du dette?

Noe mer å tilføye som du tenker kan være relevant/viktig?

Skriv av opptaker.

- ✓ Har du noen spørsmål?
- ✓ Var det ubehagelig/ vanskelig.
- ✓ Kontakt meg om det dukker opp noe.

FOKUSGRUPPEINTERVJU.

- Hva skjer i en fokusgruppe? Hvordan gjør vi det?
- Ønsket er en samtale og diskusjon.
- Hvis du er uenig i noe, eller har andre oppfatninger er det viktig at du sier det.
- Gjerne konkrete eksempler.
- Forsøke å snakke en av gangen.
- Alle har taushetsplikt om hva som sies. Jeg har taushetsplikt.
- Alt som skrives i rapporten skal behandles anonymt og konfidensielt.
- Har alle underskrevet samtykke?
- **Spørsmål?**

Til meg: Skru på opptakere! Ta tak i/gjenta begreper/utsagn. Oppfordre til å utdype hva som legges i det!

1. Litt om det jeg har gjort og funnet: Har intervjuet sykepleiere om. ..

Hvilken rolle opplever du at sykepleiere spiller i samarbeid om og planlegging av utskrivelse av pasienter til hjemmesykepleie/ sykehjem? →Hva er deres oppgaver?

Er det en viktig rolle? →Hva er det dere gjør som er viktig?

2. Tenk deg følgende situasjon: (Satt litt på spissen)

Du har ansvar for en pasient, fulgt opp tett en ukes tid, pasienten skal reise i dag.

Du er litt usikker på avgjørelsen om utskrivningsklar. Du synes egentlig pasienten kunne hatt godt av litt lenger tid, du ser for deg pasienten hjemme, du er usikker på om tilbudet pasienten skal få der er godt nok. Pårørende er ikke enige i beslutningen, vil helst at pasienten skulle ha fått sykehjemsplass. Likevel må du se til at pasienten skrives ut.

→Har dere noen spontane reaksjoner? Kjenner du igjen situasjonen?

→Hva ville den enkelte av dere ha gjort?

3. Ansvar: Du har hatt en pasient du over tid, føler at du kjenner vedkommende og vet hva han trenger, ser til at han reiser hjem.

→Føler du ansvar for hva som skjer med pasienten etter utskrivelse?

→Hvorfor? Du har jo egentlig ikke ansvar...

→Stoler du på de som skal ta seg av pasienten?

Sitat: "JA, den er vanskelig: da må du stå oppi det du ikke synes er godt nok. Du kjenner på en måte dårlig samvittighet, men du kan ikke gjøre noe, du kan ikke påvirke det. Det kan for eksempel være pasienter du ser trenger sykehjem, også må de hjem med hjemmesykepleie. Den pasienten kan lett komme tilbake fordi det ikke vil fungere. Så kommer de inn med sår og underernært og i dårlig forfatning, da får du den dårlige

klumpen i magen, fordi du så det men ikke kunne gjøre noe med det. Du har egentlig ikke noe valg. I tillegg må du stå og argumentere overfor pårørende om hvor fint det er at pasienten skal få lov å være hjemme. Så må du støtte pårørende i at de er frustrert, men si: "men jeg tror det skal gå bra". Den er ikke grei. Det er ikke sånne holdninger du ønsker å ha."

4. Den som "holder igjen"

Noen av dem jeg intervjuet prøver å påvirke når pasienten er utskrivningsklar/når han kan reise ved å diskutere med legene, særlig ved at de forsøker å utsette utskrivelse.

Presentere noen sitater:

Legen sier: Vedkommende kan reise hjem i morgen." Da må jeg si: "I morgen, det blir helt umulig, for da har vi ikke gjort i stand og gjort avtaler med hjemmesykepleien, men kanskje torsdag.

Jeg tror legene spesielt,... vi gjemmer oss litt bak legene, men legene spesielt føler presset på utskrivning, liggedøgn, så vi har jo ofte diskusjoner, men jeg tror ikke de tar på seg og overkjøre resten av dem de jobber sammen med for å få skrevet ut en pasient en eller to dager før

Jeg har opplevd, legene, vil b- melde første eller andre postoperative dag, da sier jeg nei, vi kan vente til dagen etterpå...

Hva argumenterer du med?

Det er for tidlig. Vi må ha noe å skrive i b meldinga. Jeg kan ikke skrive når pasienten bare så vidt har vært oppe og stått ved senga med prekestol

Har du forsøkt å påvirke/ utsette? → Hvorfor ikke bare gjøre som du får beskjed om?

Hvis du argumenterer → opplever du å bli hørt/ nå frem?

Om du når frem → hvordan og hvorfor?

Om du ikke når frem → hvorfor ikke?

Er det viktig / riktig å medvirke i beslutningen?

Det er kanskje dette som er samarbeid?

5. Den som "tilstreber utskrivelse":

I tilsvarende situasjoner gjør noen alt for at pasienten skal skrives ut så fort som mulig når han er meldt utskrivningsklar, uten å protestere eller bringe inn argumenter som tilsier at pasienten kanskje bør bli lenger, eller at man bør vente med å sende pasienten hjem

Jeg er en av de som er ivrig på å skrive ut, så vi har kapasitet til å jobbe med de som er her. Det er et mål at man skal slippe unødig venting, oppbevaring, at man kan få god behandling her og så god hjelp videre. Effektivitet, det er bra. Ansvaret er å hjelpe til med den medisinske behandlingen, så tilrettelegge for at kommunen kan overta, det tenker jeg. Dette var en som synes det var negativt hvis opphold ble forlenget, hun hadde fulgt pasienter hjem...

→ Er det riktig/ god sykepleie da?

→ Hvordan vil du beskrive deg selv av disse to "typene"?

6. Sykepleierne jeg intervjuet vet at de **ikke får anbefale** hvilken hjelp pasienten bør få, eller love pasienten noe. Likevel prøver noen å formidle hva de synes: ved å skrive det på skjema, si det på telefon.

"Men jeg vil jo si at når vi skriver at pasienten trenger pr dags dato 24 timers tilsyn, så sier vi jo nesten at den trenger sykehjemsplass, så vi skriver det jo sånn egentlig mellom linjene..."

Man kunne sagt at det motsatte, at vi bare skulle være pasientens advokat, men samtidig er det greit å kunne gi helt objektive opplysninger, på en måte at det ikke blir noen konflikt på grunn av forskjellig forståelse av deg og de anbefalingene de gir.. at en holder seg utenfor, at vi rapporterer de objektive tingene som vi ser også er det andre som tar avgjørelsen.

- Hvorfor tror dere at de gjør det? Gjør dere det?
- Men er det riktig å omgå rutiner for å tale en pasients sak? Tror dere det hjelper?
- Hvordan er det å ikke få si hva du synes? Er det greit?
- Opplever du å måtte fremme andres meninger, når man ikke får mene noe selv?
- Gjør dette noe med engasjementet? Er det demotiverende?
- Hvilke muligheter har du til å nå frem med det dere vil formidle til kommune/bestillerkontor?

Skriv av opptaker.

- ✓ Har du noen spørsmål?
- ✓ Var det ubehagelig/ vanskelig.
- ✓ Kontakt meg om det dukker opp noe.

Vedlegg 14: Svar fra NSD.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nina K. Vøllestad
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 10.01.2011

Vår ref: 25709 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25709	<i>Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina K. Vøllestad</i>
Student	<i>Jorunn Aas Handeland</i>

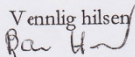
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

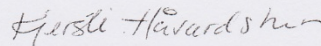
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jorunn Aas Handeland, Olaf Bullsvei 70, 0765 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 15: Svar fra REK.

Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Til: j.a.handeland@studmed.uio.no
Tittel: [REK sør-øst Fremlegginsvurdering](#)
Dato: 2010-09-14 21:31

Kjære Jorunn Aas Handeland

Det vises til din e-post av 13.09.10. med forespørsel om fremleggelsesvurdering.

Gruppen som skal undersøkes i prosjektet er sykepleiere. Prosjektets formål er å fremskaffe kunnskap om helsepersonells skjønnsutøvelse i møte med standardiserte rutiner og retningslinjer når pasienter skal skrives ut fra sykehus til kommunale helse/omsorgstjenester. Prosjektets formål kan derfor ikke sies å skulle være å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet vurderes derfor ikke å falle inn under bestemmelsene i helseforskningsloven og er dermed ikke fremleggelsespliktig for REK.

Beste hilsen,
Ingrid Middelthon
seniorrådgiver REK Sør-Øst D

Vedlegg 16: Svar fra sykehuset forskningsutvalg.

Fra: [, Forskningsutvalget admin](#)
Til: [Jorunn Aas Handeland](#)
Cc: [, Forskningsutvalget admin](#)
Tittel: [Re: Fwd: Masteroppgaveprosjekt på xxx](#)
Dato: 2010-10-10 20:31

Hei

Siden prosjektet ditt ikke inkluderer pasienter, trenger du ikke å søke Forskningsutvalget på sykehuset. Ved siden av godkjenning fra eksterne instanser (REK og PVO/datatilsyn), vil jeg anbefale at du innhenter tillatelse fra aktuell(e) avdelingssjef(er).

mvh,
Forskningsrådgiver
On 10.10.2010 19:56, :
Videresender til FU

Oslo, 10.01.11

INFORMASJON OM INTERVJU, I FORBINDELSE MED MASTERGRADSPROSJEKTET:

"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."

Mitt navn er Jorunn Aas Handeland. Jeg er sykepleier, men for tiden er jeg først og fremst masterstudent i helsefagvitenskap ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg intervju sykepleiere om deres vurderinger og refleksjoner i prosessen der pasienter skal skrives ut til sykehjem, eller til eget hjem med hjemmesykepleie.

Jeg lurer med dette på om du kunne tenke deg å delta i undersøkelsen. Hvis du ønsker å bli intervjuet, vil jeg stille deg spørsmål om dine erfaringer fra situasjoner der du har hatt pasienter som er blitt overført til sykehjem/ hjemmesykepleie.

Intervjuet vil vare ca en time. Det vil bli tatt opp på bånd og senere skrevet ut. Jeg vil ikke innhente personopplysninger om deg, annet enn navnet ditt og hvilken enhet du jobber på. Det skal ikke være mulig å kjenne igjen deg i rapporten. All informasjon og alt som sies i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, og jeg har fullstendig taushetsplikt.

Deltakelse i intervjuet er frivillig og du kan når som helst trekke deg, uten å oppgi grunn. Du velger selv hva du vil fortelle, og du kan la være å svare på spørsmål hvis du ønsker det. Før intervjuet må du underskrive samtykkeerklæringen, som du vil få en kopi av. Samtykket vil bli oppbevart på et trygt sted. Alle data vil anonymiseres og opptakene slettes senest 01.11.2011. Sykehusledelsen har godkjent intervjuene. Prosjektet er meldt til Personvernombudet og Nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Veileder er Bodil Tveit, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets Høgskole.

Ved spørsmål kan du kontakte meg: Mob: xxx, mail: [xxx](#)

Mvh: Jorunn Aas Handeland.

SKRIFTLIG INFORMERT SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET:

"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."

- ▶ Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om hva det innebærer å bli intervjuet i forbindelse med prosjektet, og jeg har forstått informasjonen.
- ▶ Jeg vet at all informasjon skal behandles anonymt, og at jeg kan trekke meg fra prosjektet hvis jeg ønsker det.

NAVN, BLOKKBOKSTAVET:

SIGNATUR:

DATO:

Oslo, 25.03.11

INFORMASJON OM FOKUSGRUPPEINTERVJU, I FORBINDELSE MED MASTERGRADSPROSJEKTET:

"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."

Mitt navn er Jorunn Aas Handeland. Jeg er sykepleier, men for tiden er jeg først og fremst masterstudent i helsefagvitenskap ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg intervju sykepleiere om deres vurderinger og refleksjoner i prosessen der pasienter skal skrives ut til sykehjem, eller til eget hjem med hjemmesykepleie. Jeg lurar med dette på om du kunne tenke deg å delta i undersøkelsen.

Hvis du ønsker å delta vil du, sammen med 3-4 andre sykepleiere fra sykehuset være med i et gruppeintervju. Gruppeintervjuet innebærer at dere vil bli presentert for noen temaer som dere skal diskutere. Intervjuet vil vare ca 1- 1,5 time. Det vil bli tatt opp på bånd og senere skrevet ut.

Jeg skal ikke innhente personopplysninger om deg, annet enn navnet ditt og hvilken enhet du jobber på. Alle som deltar i gruppeintervjuet forplikter seg til å ha taushetsplikt om det som sies og om hvem som deltar i gruppen. All informasjon og alt som sies i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Det skal ikke være mulig å kjenne igjen deg i rapporten. Jeg har fullstendig taushetsplikt.

Deltakelse i intervjuet er frivillig og du kan når som helst trekke deg, uten å oppgi grunn. Du velger selv hva du vil fortelle, og du kan la være å svare på spørsmål hvis du ønsker det. Før intervjuet må du underskrive samtykkeerklæringen, som du vil få en kopi av. Samtykket vil bli oppbevart på et trygt sted. Alle data vil anonymiseres og opptakene slettes senest 01.11.2011.

Sykehusledelsen har godkjent intervjuene. Prosjektet er meldt til Personvernombudet og Nasjonal samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Min veileder er Bodil Tveit, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets Høgskole.

Ved spørsmål kan du kontakte meg: mob: xxx, mail: [xxx](#)

Mvh: Jorunn Aas Handeland.

SKRIFTLIG INFORMERT SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET:

"Sykepleieres skjønnsutøvelse på en samhandlingsarena."

- ▶ Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om hva det innebærer å bli intervjuet i forbindelse med prosjektet, og jeg har forstått informasjonen.
- ▶ Jeg vet at all informasjon skal behandles anonymt, og at jeg kan trekke meg fra prosjektet hvis jeg ønsker det.
- ▶ Jeg vet at jeg har taushetsplikt om alt sies, enten av meg eller andre deltakere, i gruppeintervjuet. Taushetsplikten gjelder også om hvem som deltar i gruppen. Jeg forplikter meg til å holde dette.

NAVN, BLOKKBOKSTAVET:

SIGNATUR:

DATO: